This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

600041050G

E. BIBL. RADCL.

1901 e 8/1

QUARANTE ANNÉES

DE

PRATIQUE CHIRURGICALE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

QUARANTE ANNÉES

DE

PRATIQUE CHIRURGICALE

PAR

PH.-J. ROUX,

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU,
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

TOME PREMIER.

CHIRURGIE RÉPARATRICE.

PARIS,

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

MDCCCLIV.

A

WILLIAM LAWRENCE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-BARTHÉLEMY

A LONDRES

AVERTISSEMENT DE L'ÉDITEUR.

La composition des quatre volumes de cet ouvrage était déjà achevée, et l'impression du premier était presque terminée, lorsque la mort de M. le professeur Roux est venue en interrompre la publication.

Pour rendre un dernier hommage à la mémoire de cet illustre chirurgien, et pour sauver de l'oubli les précieux résultats de sa vaste expérience, la Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 26 avril, a décidé, sur la proposition de M. Larrey, qu'une commission de cinq membres ferait des démarches auprès de la famille du défunt pour faire continuer cette publication interrompue, et lui proposerait même, au besoin, d'en surveiller l'exécution.

Cette proposition a été acceptée avec empressement. La commission s'est immédiatement mise en rapport avec l'éditeur.

Les manuscrits de M. Roux lui ont été remis, ainsi que les feuilles déjà imprimées, et la publication a été reprise aussitôt.

La commission est composée de MM. Danyau, Lenoir, Larrey, Gosselin et Broca. Elle a jugé utile, pour rendre la publication plus rapide et plus homogène, de confier à une seule personne les soins matériels de l'impression, la révision des épreuves, la mise en ordre et la vérification des manuscrits. M. Broca a bien voulu se charger de cette tâche.

Le premier volume, que nous donnons aujourd'hui, était tiré jusqu'à la seizième feuille inclusivement lorsque M. Roux a ressenti la première atteinte de sa maladie. Depuis lors, pendant les quelques semaines qui ont précédé sa mort, il a corrigé les quatre feuilles suivantes. Mais ces corrections, écrites d'une main tremblante par un homme gravement malade, n'ont pas été suffisantes, et il a été nécessaire d'en ajouter un grand nombre. A partir de la feuille 21, la publication a été faite entièrement sous les auspices de la commission.

PRÉFACE.

Si les circonstances le permettent, si quelques années de vie me sont encore réservées, et si ma santé n'éprouve aucune de ces atteintes qui paralysent les meilleures dispositions au travail, les quelques volumes que je fais paraître aujourd'hui seront suivis de plusieurs autres. J'entrevois, je sais à peu près, mais je ne puis dire exactement quelle sera l'étendue de cette seconde partie de la tâche que je me suis imposée. Si j'arrive au terme, mon œuvre sera le résumé de tout ce que j'ai pu voir, observer, recueillir, et faire dans ma vie chirurgicale. Je voudrais pouvoir dire qu'elle a été brillante et féconde en choses neuves et importantes. Mais, s'il n'en a pas été ainsi, du moins a-t-elle été bien occupée et bien remplie ; et dès longtemps j'ai conçu le projet de mettre en œuvre et d'utiliser, dans l'intérêt de la science, les faits si multipliés qui ont passé sous mes yeux. Dans une carrière où l'observation est une source inépuisable de nouvelles lumières et ajoute sans cesse à la somme des connaissances acquises, chacun est comptable des fruits de son expérience envers ceux qui lui succèdent ; c'est une sorte d'héritage dont il doit compte à la postérité, et que celle-ci a le droit de réclamer. Cela est vrai pour la médecine, et plus encore peut-

être pour la chirurgie, qui n'est, à bien prendre, qu'une branche de cette dernière.

Cette obligation que j'avais prise avec moi-même, j'aurais commencé bien plus tôt à l'accomplir et peut-être serais-je déjà arrivé au terme que j'avais entrevu, si ma seule volonté eût suffi. Mais que d'événements dans la vie de chaque homme peuvent ne lui laisser que le temps et le courage nécessaires pour l'accomplissement des devoirs les plus rigoureux ! Que d'empêchements peuvent naître pour lui à la continuation de travaux entrepris avec ardeur, à l'accomplissement de projets conçus même avec amour ! A plusieurs reprises, depuis dix ou douze ans, je me suis trouvé dans les dispositions d'esprit les moins favorables à un travail de longue haleine, et j'ai dû, pour certaines parties de l'ouvrage qu'on va lire, abandonner momentanément des matériaux dont l'élaboration était plus ou moins avancée, ou touchait presque à son terme. J'ai à former le vœu que, si souvent interrompu, et repris quelquefois au milieu de préoccupations pénibles, cet ouvrage conserve quelque chose de l'intérêt que j'aurais voulu lui donner.

Par des raisons analogues à celles qui en ont retardé la publication, j'ai, dans un autre temps, laissé inachevés mes *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, dont deux volumes seulement ont paru en 1814. Deux autres volumes qui devaient compléter l'ouvrage ont été composés lentement pendant le cours des tristes événements de l'époque et durant les premières périodes d'une maladie, ou du moins d'une indisposition grave qui a duré plusieurs années ; nonobstant ces causes de retard dans la rédac-

tion de ce travail principal, peut-être aurais-je pu le livrer à l'impression en temps convenable, si je n'avais pas dû céder à des exigences du moment, et me livrer à certains travaux dont la publication me semblait aussi opportune qu'elle était urgente, tels qu'ont été les relations de mon voyage à Londres en 1814, mon Mémoire sur la réunion immédiate des plaies après l'amputation des membres, mon premier travail, si nouveau, sur la staphyloraphie, etc. Quand vint le moment où j'aurais dû poursuivre la publication des *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, mon œuvre écrite avait un peu vieilli; pour qu'elle parût au niveau de l'état de la science, à cette époque, j'aurais eu à y faire de trop grands changements : il m'aurait fallu détruire presque entièrement et composer un nouveau travail. Je n'en ai pas eu le courage.

Avec le temps aussi, je m'étais senti moins de goût pour la composition d'un ouvrage didactique de longue haleine. Alors même que la matière intéresse, combien le travail que les ouvrages de ce genre exigent est fastidieux! Pour remplir le cadre qu'on s'est tracé, dans quels détails oiseux ne faut-il pas entrer! Combien de parties ne peuvent être que la répétition ou la reproduction plus ou moins bien déguisée de ce qu'on trouve dans les ouvrages du même genre qui ont précédé! A peine quelques parties comportent-elles une physionomie qui plaise, et se prêtent-elles à revêtir un certain caractère de nouveauté. Et que de circonstances peuvent faire que, pour la chirurgie comme pour la médecine, pour celle-ci comme pour la première, deux sciences sujettes à tant de changements, qui subissent quelquefois des révolutions et qui sont d'ail-

leurs susceptibles de tant de progrès réels, un long ouvrage qui embrasse l'une ou l'autre dans son ensemble, ou seulement quelqu'une de leurs grandes divisions, que de circonstances peuvent faire, dis-je, pour qu'un tel ouvrage ne puisse pas être terminé! J'ai admiré et j'admire toujours Boyer, d'avoir pu mener à fin son Traité de chirurgie, même avec les lacunes nombreuses qu'il y a laissées. Oui, sans doute, nos traités généraux ou didactiques témoignent plus ou moins de l'intelligence, de l'habileté, du savoir des hommes auxquels ils sont dus. Oui, sans doute, ils sont utiles aux générations du temps qui les voit apparaître; celles qui suivent peuvent aussi en profiter, et je me garde bien de les dédaigner. J'ai peine à me défendre, au contraire, d'un certain éloignement pour ces traités didactiques en miniature connus sous le nom de *Manuels*, véritables embryons scientifiques qui sont tant du goût des jeunes adeptes de la science, et qui sont si peu favorables à une instruction solide. Mais de ces traités généraux proprement dits, de ceux-là même qui sont le plus empreints du cachet de l'expérience et de la bonne observation, combien peu sont durables! Combien facilement ou promptement ils vieillissent! Combien souvent faut-il que les moins anciens soient remplacés par d'autres! Et chaque enfantement nouveau n'est-il pas expliqué et justifié par cette formule, si banale et si prodiguée pour les ouvrages périodiques, scientifiques ou autres, que le besoin s'en fait généralement sentir!

Ce n'est donc pas le complément tardif de mon *Traité de médecine opératoire* que je livre à la publicité. Telle que je l'ai rédigée dans le temps et que je la conserve

dans mes cartons, cette seconde partie paraîtrait surannée ; travaillée de nouveau, remise en œuvre et modernisée, si je puis ainsi parler, elle aurait été sans harmonie avec la première. Je voudrais que celle-ci fût considérée comme non avenue ; je voudrais que cet ouvrage n'eût jamais commencé à paraître, puisqu'il ne m'a pas été possible de le terminer en temps opportun. Du reste, d'autres travaux du même genre sont venus à propos combler la lacune que j'avais voulu remplir : elle l'a été, en France surtout, par l'ouvrage si complet de M. Velpeau, et par ceux un peu moins étendus, mais non moins instructifs à certains égards, de M. Malgaigne et de M. Sédillot.

Mon œuvre actuelle est moins encore un nouveau traité dogmatique et complet de chirurgie qui embrasserait la science dans son ensemble, destiné à prendre place à côté de tant d'autres traités généraux qui, même depuis le grand ouvrage de Boyer, ont paru soit en France, soit en pays étrangers, et ont satisfait du reste aux nécessités présentes.

Ce n'est pas non plus un simple recueil d'observations ou de faits cliniques détachés les uns des autres, ou groupés au hasard et rassemblés sans coordination. Non, c'est une suite de fascicules cliniques, un ensemble de mémoires ayant pour base, pour point de départ, ou pour complément, des faits cliniques en grand nombre. Quelques-uns sont assez étendus pour former comme autant de petits traités spéciaux sur les matières qui en sont le sujet : tels sont précisément ceux par lesquels j'ai commencé, et qui ont pris sous ma plume un développement que je n'avais pas même prévu.

Il me serait difficile de traiter de la même manière tous les points sur lesquels je voudrais pouvoir exposer les résultats de mon expérience. Mais quand j'aurai à peu près épuisé ce que j'appellerai, si l'on veut, mes sujets de prédilection, ou parce qu'en effet j'ai trouvé un plus grand bonheur à les étudier, ou parce que je suis plus que pour d'autres riche en observations qui s'y rapportent, il me restera à jeter un coup d'œil rapide sur tout ce dont je ne me serai pas d'abord occupé spécialement. Ainsi ferai-je pour apporter, s'il se peut, sur chaque chose, de nouvelles lumières à celles que la science possède déjà.

Je n'ai pas dû m'assujettir, au moins pour la succession des objets que je veux traiter, à un ordre méthodique. Je n'ai suivi d'autre règle que celle qui m'était dictée par ma convenance, par la direction de mes pensées, ou par l'impulsion que mon esprit a dû recevoir des circonstances. En conséquence de cela, je me suis d'abord occupé des choses qui m'appartiennent plus particulièrement, sur lesquelles j'ai pu recueillir le plus de faits et répandre quelque lumière, à l'histoire desquelles mon nom restera peut-être attaché, et que j'aurais le plus regretté de ne pas avoir élaborées s'il arrivait que mon entreprise fût arrêtée dans son cours. C'est ainsi que j'ai songé tout d'abord à résumer ma pratique sur ce que j'ai appelé depuis longtemps la *chirurgie restauratrice* ou *réparatrice*, c'est-à-dire sur les autoplasties de tout genre ; après quoi je me suis occupé des résections, puis des anévrysmes, ou plutôt de tout ce qui a trait aux maladies des vaisseaux et à leur thérapeutique, voulant ainsi grouper des sujets qui

ont entre eux quelque connexité, comme je l'ai fait pour les objets si divers qu'embrasse la chirurgie réparatrice. Sont venues ensuite les tumeurs, etc.

Tout d'abord aussi, et en même temps que je commençais à m'occuper d'objets spéciaux tels que ceux que je viens d'indiquer, ma pensée s'est dirigée vers trois sujets généraux d'un grand intérêt au point de vue pratique, qui ne me semblent pas avoir encore été suffisamment élucidés : du moins ai-je cru pouvoir les éclairer d'un nouveau jour à l'aide de faits qu'il m'eût été difficile peut-être de caser convenablement ailleurs. N'est-il pas vrai que nos livres laissent encore beaucoup à désirer en ce qui concerne l'*incertitude du diagnostic* dans beaucoup de maladies chirurgicales, incertitude d'où peuvent résulter tant de méprises, tant d'erreurs susceptibles elles-mêmes des plus fâcheuses conséquences ?

N'est-il pas vrai encore que, malgré leur fréquence, certains *accidents immédiats des opérations* que j'appellerai communs ou généraux, parce qu'ils peuvent survenir dans toutes les opérations, n'ont pas été soumis à une étude approfondie, et n'ont pas été décrits avec tout le soin convenable ? N'est-il pas vrai enfin que la même lacune existe à l'égard des *accidents secondaires ou consécutifs*, et que ceux-ci ne méritent pas moins que les premiers d'être l'objet d'une étude particulière ? Sans doute, quelques travaux existent déjà sur ces points importants de doctrine et de pratique chirurgicale. J'en connais deux surtout, que j'ai même provoqués en présentant moi-même ou en indiquant les sujets auxquels ils se rapportent comme matières de dissertations dans des concours solennels :

c'est le travail d'A. Bérard sur les erreurs et les incertitudes du diagnostic dans les maladies chirurgicales; c'est celui de Blandin sur les accidents qui peuvent compliquer les opérations; mais ni l'un ni l'autre de ces deux hommes, trop tôt enlevés à la chirurgie et si justement regrettés, n'a pu faire concourir à son œuvre les fruits d'une grande expérience, et y faire servir beaucoup de faits qui lui fussent propres. Chacun d'eux, tout en traitant d'une manière remarquable le sujet qui lui était échu en partage, y a laissé place pour des recherches ultérieures basées sur de nouvelles observations.

Eh bien! ce sont ces trois sujets généraux que j'ai songé à reprendre, en les faisant servir de cadre à de nombreux faits pratiques qui eussent peut-être été moins bien placés partout ailleurs. J'aurais voulu faire de chacun d'eux le sujet d'une introduction particulière pour chacun de mes trois premiers volumes. Mais je ne suis pas encore en mesure d'accomplir entièrement ce projet. J'ai pourtant terminé depuis longtemps trois articles complets : 1° sur les difficultés ou les erreurs de diagnostic dans les maladies chirurgicales; 2° sur les accidents qui peuvent survenir pendant l'exécution même des opérations; 3° sur les accidents consécutifs des opérations. J'espérais que ces trois compositions pourraient faire partie de cet ouvrage; mais deux d'entre elles m'ont paru, sinon mal élaborées, du moins susceptibles de développements nouveaux. Je me réserve de les retoucher plus tard, et, pour le moment, je me borne à placer en tête du troisième volume un long article sur les *accidents primitifs ou immédiats des opérations*.

Quant aux deux autres sujets, peut-être aurais-je dû me hâter d'y faire tous les changements qui me semblaient nécessaires, d'y ajouter tous les faits nouveaux que j'ai recueillis, de les grouper, de les réunir, d'en faire pour ainsi dire le frontispice général de mon livre. Et comme l'un d'eux particulièrement, celui qui est relatif aux erreurs de diagnostic, contient le récit de faits dont la publication exige de ma part une abnégation complète de tout amour-propre, j'aurais bien fait augurer tout d'abord de ma franchise et de ma véracité. On aurait pu croire, et je me plais à espérer qu'il en sera ainsi, à ma sincérité en tout et pour toute chose, mon premier soin étant de mettre au grand jour les erreurs, les fautes que j'ai pu commettre, et jusqu'aux malheurs que j'ai pu avoir à me reprocher. A défaut d'un plus grand mérite, c'est quelque chose d'imiter l'austère probité scientifique de J.-L. Petit, de Pott et de quelques autres chirurgiens, en trop petit nombre, dont la gloire est justement acquise et doit être durable, parce qu'ils ont su mettre au-dessus de toute considération les intérêts de la science et de la vérité. Puissé-je au moins, sous ce dernier rapport, occuper une place honorable à côté de ces hommes d'élite dans l'estime et le souvenir de ceux qui viendront après moi. Ç'a été la pensée et le vœu de toute ma vie, le mobile et le principe d'un grand nombre de mes actions; j'aurais été malheureux si je n'avais pas été libre de faire tout ce qui pouvait dépendre de moi pour atteindre ce but.

Si par l'ouvrage dont on va lire les premiers volumes, et que je désire tant poursuivre de la manière et jusqu'aux limites que je me suis tracées, j'ajoute quelque chose à

l'édifice ou je puis contribuer pour une petite part à l'agrandissement de la science et de l'art qui ont fait le charme de ma vie, combien ne devrai-je pas me féliciter des heureuses circonstances que le sort m'avait réservées! et combien ne dois-je pas déjà remercier la Providence de m'avoir accordé une longue carrière, durant laquelle j'ai pu faire marcher de front une pratique particulière des plus étendues et d'importantes fonctions publiques; carrière que j'ai parcourue en ayant pour théâtres de mes observations, pour sources de mon expérience, successivement les deux hôpitaux les plus considérables de Paris, la Charité d'abord pendant un peu plus de vingt ans, l'Hôtel-Dieu, ensuite, pendant une durée à peu près égale. J'ose à peine rappeler que mes débuts dans la pratique chirurgicale ont eu lieu dans un autre hôpital, l'hôpital Beaujon, qui, de très petit établissement qu'il était alors, est devenu, avec le temps, par l'agrandissement qu'il a subi, et par le mérite des hommes qu'on a vu s'y succéder pour le service chirurgical, un des premiers hôpitaux de Paris.

Et que de choses ont été soumises à mon observation, soit à l'hôpital de la Charité, vers lequel mes souvenirs se reportent incessamment, soit à l'Hôtel-Dieu, où j'occupe encore le grand service de la clinique chirurgicale,—pendant ces deux périodes entre lesquelles se partage à peu près également ma vie de praticien! Quelle mine riche et féconde ont été pour moi ces deux hôpitaux, plus peut-être encore la Charité que l'Hôtel-Dieu, et dans un temps surtout où les hommes capables dans notre art étaient en petit nombre, où le talent n'était pas aussi répandu qu'il l'est

maintenant, où les hôpitaux étaient moins multipliés, où il n'y avait pas autant de services différents, indépendants les uns des autres, où d'ailleurs certaines spécialités chirurgicales anciennes avaient disparu momentanément, où tant d'autres qui sont venues s'y joindre n'avaient point encore pris naissance, où enfin le champ de la chirurgie n'était pas encore émietté et morcelé, où il conservait toute sa généralité, toute sa grandeur ! Beau temps qui ne renaîtra peut-être jamais ! Que de faits ou importants, ou rares, ou curieux, ou graves, ont ainsi passé sous mes yeux ! que d'événements remarquables, chirurgicalement parlant, se sont accomplis en ma présence ! La chirurgie, je le pense, je l'espère, je le désire, fera de nouveaux progrès. Non, l'édifice de la science n'est point encore achevé, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites, et il recevra sans cesse de nouveaux perfectionnements ; j'en ai pour garant le zèle qui anime certains travailleurs de l'époque présente : on peut attendre beaucoup de cet esprit de recherche et de cet amour pour le progrès qui inspirent la plupart des jeunes chirurgiens de notre époque ; mais il est douteux qu'à Paris, là où elle a toujours brillé d'un si grand éclat, la chirurgie reprenne jamais le caractère d'élévation et de grandeur qu'elle a présenté pendant les trente premières années du siècle où nous vivons.

Tout pénétré que j'étais du caractère que j'avais voulu imprimer à mon travail, et de l'esprit dans lequel il a été entrepris, j'ai longtemps cherché le meilleur titre à lui donner, et la forme sous laquelle il convenait le mieux de le rédiger. Après bien des hésitations, j'ai enfin adopté la

dénomination, assez singulière peut-être, mais très significative, sous laquelle il va paraître : *Quarante années de pratique chirurgicale*. On pourra critiquer ce titre ; je n'en connais guère d'analogues qui aient été consacrés pour des ouvrages de science. Mais qu'importe, s'il est bien en harmonie ou en rapport avec le sujet ; s'il exprime bien, et la situation toute spéciale, ou du moins peu commune dans laquelle je me suis trouvé, et mon désir de déposer dans les annales de la science, sinon tous, au moins les résultats les plus curieux, les plus importants d'une pratique étendue ?

D'autres titres tels que ceux-ci : *Fascicules de chirurgie*, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité et de l'Hôtel-Dieu*, eussent été peut-être aussi convenables et à peu près également appropriés au caractère de l'ouvrage. Mais le premier rappelle trop une formule déjà employée pour des travaux d'érudition qui appartiennent particulièrement à la littérature et à l'histoire. Le second a déjà été employé, été donné tant de fois et sans signification précise pour des ouvrages assez différents de caractère, qu'il est devenu banal ; on en a vraiment abusé. Pour qu'il convînt et fût juste, maintenant que presque partout, dans presque tous nos hôpitaux, on compte plusieurs médecins ou chirurgiens indépendants les uns des autres dans l'exercice de leurs fonctions, il faudrait que l'ouvrage fût celui de tous les hommes pratiquant dans un même hôpital.

Après quelque hésitation aussi, au risque d'encourir quelque blâme, peut-être d'être moins clair que je n'aurais pu l'être en suivant les lois communes et en suivant le

mode le plus ordinaire de composition des ouvrages de science, j'ai adopté la forme épistolaire. Dès avant Morgagni, mais depuis lui surtout, quelques auteurs ont déjà choisi ce mode de narration, par lequel un récit quelconque semble plus animé qu'il ne le serait autrement, qui permet l'abandon, qui rend les transitions plus faciles, en même temps qu'il semble donner à l'expression des pensées plus de vie et d'animation, et par lequel enfin on peut plus facilement éviter les formes trop didactiques et les détails oiseux. J'ai cru pouvoir suivre de tels exemples, sans m'éloigner pour cela du but principal que je me suis proposé. Qu'on ne croie pas cependant qu'en prenant cette résolution, tout ait été de ma part fiction pure et simple artifice de composition. Non. Je connais plus ou moins particulièrement presque tous les hommes qui sont considérés à juste titre comme les illustrations de la chirurgie étrangère; j'ai entretenu avec eux d'agréables relations confraternelles; quelques-uns m'ont accordé une amitié qui m'honore et dont je suis fier. Le même sentiment, joint à une profonde estime, m'anime à leur égard; et parmi eux, il en est quelques-uns surtout pour lesquels je ne puis me défendre de la plus vive sympathie : tel M. le professeur Chélius, de Heidelberg, tel M. Lawrence, de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres; tel M. Valentin Mott, de New-York; tel aussi M. Riberi, de Turin. Eh bien! j'ai pu supposer que je conversais avec chacun d'eux. J'ai trouvé du charme à traiter chacune des parties de mon travail comme s'ils devaient en avoir les premiers connaissance, ou comme si je les composais pour eux particulièrement; et je me suis complu dans la pensée qu'ils agréeraient mon hom-

mage, mon subterfuge n'ayant rien qui pût leur déplaire, et dans la pensée aussi qu'en me rapprochant ainsi de ces hommes célèbres, je pourrais attirer sur mon nom quelque chose de l'éclat du leur. Faut-il que je le dise ? L'un d'eux, que par courtoisie ou par égard pour les autres je ne veux pas désigner personnellement, connaît depuis longtemps mon projet ; je le lui avais communiqué, et primitivement c'est à lui seul que mes lettres devaient être adressées : il a une trop grande délicatesse de cœur et trop d'élévation dans les sentiments pour ne pas comprendre l'obligation où j'ai cru être de distribuer ou de partager, comme je l'ai fait, entre plusieurs des notabilités de la science, le faible hommage de mon attachement et de ma profonde estime.

Si les convenances l'eussent permis, j'aurais été heureux d'adresser une partie de cet hommage à quelques-uns des hommes au milieu desquels je vis, et qui contribuent à l'illustration de la chirurgie française. Je n'aurais éprouvé en cela que l'embarras du choix, car j'ai eu le bonheur de me concilier l'estime et l'affection de presque tous les chirurgiens français de notre époque.

Décembre 1853.

QUARANTE ANNÉES

DE

PRATIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIE RÉPARATRICE.

LETTRE PREMIÈRE.

GÉNÉRALITÉS.

Ne pensez-vous pas comme moi, mon cher Lawrence, que, dans aucune partie de son vaste domaine, la chirurgie n'a fait, depuis le commencement de ce siècle, plus de progrès réels, ne s'est enrichie de plus de véritables perfectionnements que dans ce qui concerne la réparation des difformités? Par ce que nous faisons maintenant, à quelle distance ne sommes-nous pas, en effet, de ce qu'on faisait il y a seulement trente ou quarante ans! Combien de vices originels de conformation, autrefois considérés comme irrémédiables, contre lesquels la chirurgie moderne a créé des ressources inespérées! Combien plus encore peut-être de difformités, de mutilations accidentelles, qu'on croyait marquées au coin de l'incurabilité, et que, par des moyens nouvellement institués, nous

faisons disparaître complétement? C'est presque un art nouveau que celui de restaurer, de reconstituer, de refaire tout ou partie d'un organe mal configuré, ou qui manque, soit en partie, soit en totalité : du moins est-il certain que la chirurgie a pris sous ce rapport une extension qu'il n'était guère possible de prévoir, et qui étonnerait nos devanciers s'ils pouvaient en être témoins. Il a fallu un nom pour désigner à la fois, et l'ensemble de choses si diverses dans lesquelles la chirurgie intervient de cette manière, et le but même auquel elle vise, et le caractère propre des moyens dont elle fait usage. Tout cela constitue ce que j'ai appelé depuis assez longtemps déjà la *chirurgie réparatrice* ou *restauratrice*. Strictement on pourrait y comprendre l'orthopédie, qui a pour objet spécial le traitement des difformités dans lesquelles l'appareil osseux est affecté ou primitivement ou secondairement, et pour but le redressement des déviations, des incurvations, des attitudes vicieuses de quelqu'une des parties de la charpente animale.

Mais même en restreignant la chirurgie restauratrice aux seules difformités des parties molles, on peut dire qu'elle touche encore à l'orthopédie. N'est-il pas, en effet, certaines dispositions vicieuses des parties molles qui entraînent à leur suite telle ou telle autre déformation ou déviation d'une partie du squelette? et parmi les difformités que l'orthopédie comprend dans son domaine propre, il en est pour lesquelles il faut s'occuper en premier lieu de l'état anormal des parties molles, et détruire cet état comme s'il existait seul, pour remédier ensuite à celui des parties osseuses. Le plus ordinairement ce sont des cicatrices

vicieuses qui, à raison de leur étendue, à cause de leur rigidité, occasionnent telle ou telle autre disposition contre nature d'un ou de plusieurs os. Ainsi a-t-on vu de grandes cicatrices de la partie antérieure du cou, notamment des cicatrices consécutives à des brûlures, entraîner en bas la mâchoire inférieure, et maintenir cet os dans un état permanent de séparation d'avec la mâchoire supérieure. De semblables cicatrices, mais situées sur l'un des côtés du cou, n'ont-elles pas été vues accompagnant un torticolis avec déviation ou déformation réelle de la colonne épinière dans la région cervicale, déformation dont elles avaient été la cause déterminante? Pareille coïncidence d'une difformité dans les parties molles et d'une déviation de l'épine, qui serait l'effet de la première, est beaucoup plus rare au tronc, et pourtant on l'y a observée : les cicatrices avaient leur siége à l'abdomen. De plusieurs faits de ce genre qui ont passé sous mes yeux, il en est un dont j'ai tenu note, et qui m'a paru assez singulier; le voici :

Une demoiselle appartenant à une famille riche était parvenue à l'époque de la puberté, ou plutôt elle touchait à l'âge où ses parents auraient pu songer à l'établir : ils y songeaient en effet; elle-même était disposée à écouter leurs vœux. Et pourtant elle avait pour désavantage physique très apparent une gibbosité directe de l'épine au bas de la région dorsale, qui la forçait à tenir son corps porté en avant, et la faisait paraître d'une taille peu élevée. Cette incurvation de l'épine avait commencé à se former consécutivement à une brûlure très étendue et assez profonde des parois abdominales et de la partie an-

térieure des cuisses, que la jeune personne avait éprouvée dans son enfance. Bien que les téguments des parois de la poitrine eussent prêté beaucoup, car les seins avaient été un peu entraînés en bas; bien aussi, sans doute, que la peau des cuisses se fût allongée pendant la guérison et pour la guérison même de cette brûlure, il ne s'en était pas moins fait une cicatrice ferme, bridée, tendue, mobile cependant sur les muscles abdominaux, qui, tirant incessamment sur la partie antérieure de la poitrine, avait fait naître la gibbosité. Il serait peut-être plus exact de dire, si toutefois la brûlure n'a pas existé sous la forme d'une escarre comprenant la peau dans toute son épaisseur, que celle-ci s'était rétractée, et que le derme s'était hypertrophié et induré. Cette cicatrice formait au bas de l'abdomen un pli transversal, qui tenait par ses extrémités aux régions inguinales, et cachait la vulve. N'était que le mont de Vénus était mal dessiné, comme bien vous pensez, ou plutôt existait à peine, il n'y avait rien de changé, rien de vicieux dans la conformation des parties extérieures de la génération : ces parties avaient échappé à la brûlure. Probablement les organes génitaux intérieurs n'étaient pas moins bien disposés; car la jeune personne avait été réglée de bonne heure, et chez elle la menstruation s'était faite sans interruption aucune. On me l'avait présentée en me priant de faire un examen attentif de tout son être. J'étais consulté par ses parents sur la question de savoir si, à raison de son infirmité, elle devait être considérée comme impropre au mariage, soit parce que, de sa part, l'acte conjugal serait chose impossible, soit parce qu'un état de grossesse pourrait

compromettre son existence. On ne pouvait pas ne pas avoir quelques craintes sous ce dernier rapport; il me sembla que les parois de l'abdomen ne pourraient que bien difficilement, ou ne pourraient même pas éprouver tout le développement nécessaire à une gestation complète, ce qui exposerait cette jeune personne, devenue femme, au moins à des avortements. Je pensai donc qu'il était prudent qu'on ne songeât pas à l'engager dans les liens du mariage.

Et dans les membres, que de changements, soit dans les os eux-mêmes, soit et plus particulièrement encore dans les articulations, sont liés à quelque disposition contre nature des parties molles, en proviennent, en dépendent, et présentent comme un état complexe contre lequel il y a à faire concourir, et les moyens propres à la chirurgie restauratrice des parties molles, et les secours orthopédiques! C'est la flexion permanente, et à un degré plus ou moins considérable, de l'avant-bras sur le bras, ou de la jambe sur la cuisse, entretenue par des cicatrices en forme de brides au pli du bras, ou dans la région poplitée; c'est le renversement d'un ou de plusieurs doigts, ou de tous même, sur la région dorsale de la main, et quelquefois de la main elle-même sur la face postérieure de l'avant-bras, également par des cicatrices étroites et difformes; c'est le retrait et l'immobilité des mêmes parties, et sous l'influence de la même cause, dans le sens de la flexion. Ce sont au pied, mais bien plus rarement qu'à la main, il est vrai, les mêmes déformations, les mêmes déviations, les mêmes renversements, ou des orteils seulement, ou du pied en totalité, soit du côté de la région

dorsale, soit dans le sens de la région plantaire, consécutivement à une cicatrisation défectueuse de plaies très étendues ou de brûlures.

Mais je mets en dehors ce qui concerne spécialement l'orthopédie. Si c'est une lacune que je laisse ici, peut-être la comblerai-je plus tard. Je trouve plus convenable, mon cher ami, de me borner pour le moment à ce qui constitue la chirurgie restauratrice pure et simple. Par là j'entends celle dont les procédés s'appliquent aux conformations vicieuses dans les parties molles seulement, et qui a pour objet la réparation des difformités, ou congéniales, ou accidentelles, dont ces parties peuvent être le siége. Toutefois, de même qu'elle touche à l'orthopédie proprement dite, laquelle n'en est, à bien prendre, qu'une grande division, de même elle a des points de contact avec d'autres parties de la chirurgie en général. Et comment n'en serait-il pas ainsi? N'y a-t-il pas des maladies qui, selon le point de vue sous lequel on les considère, selon les circonstances dont elles sont accompagnées, ou encore selon leur origine, empruntent quelque chose du caractère des difformités, ou qui, si je veux m'exprimer autrement, sont ou ne sont pas de simples difformités? Cela n'est-il pas remarquable, en particulier, pour les fistules? Aussi, bien que les fistules comportent l'application de méthodes de traitement très diverses, la plupart étrangères aux procédés de la chirurgie restauratrice, il est pourtant des cas dans lesquels il faut avoir recours à ces derniers. Et réellement il n'y aurait point d'exagération à dire que, guérir une fistule, c'est en quelque sorte reconstituer en partie l'organe qui en est le siége, et dont la

fonction propre était dérangée. Cela n'est-il pas vrai particulièrement quand il faut user des ressources de l'autoplastie?

Nous la retrouvons, cette chirurgie restauratrice, dans le traitement des ulcères, dans celui des simples plaies. Quelques ulcères ne se montrent-ils pas rebelles, réfractaires aux méthodes ordinaires de traitement des affections de ce genre, à ce point qu'il faut refaire la portion détruite des téguments, ou plutôt la remplacer par une portion de peau empruntée aux parties qui environnent la solution de continuité? Et dans les plaies les plus récentes, qu'elles proviennent de nos opérations, qu'elles aient été faites par l'art, ou qu'elles soient dues à l'injure des corps extérieurs, l'œuvre la plus simple de la réunion n'est-elle pas une sorte de reconstitution, de reconfection de la partie qui a été mutilée? Et n'y a-t-il pas plus manifestement encore travail de réparation, de restauration, quand il faut préalablement changer la forme et les dispositions d'une plaie, éloigner des obstacles au rapprochement des parties divisées, combler une perte de substance plus ou moins étendue, par des emprunts faits aux parties environnantes? Et n'est-ce pas ce que, de nos jours surtout, on fait bien souvent à la suite d'un assez grand nombre d'opérations?

Mais, le vrai domaine de la chirurgie restauratrice, ce sont toutes les difformités des parties molles; et ce sont surtout celles de ces difformités qui ont le caractère de divisions, de solutions de continuité, dans lesquelles une partie déterminée du corps manque ou paraît manquer complétement ou incomplétement, soit par un vice originel de conformation, soit par un travail accidentel de des-

truction. Car, désunir les paupières adhérentes l'une à l'autre chez un enfant nouveau-né ; couper le frein de la langue, qui, parce qu'il est à la fois trop long et trop étroit, met obstacle à la succion dans les premiers temps de la vie ; détruire d'autres adhérences contre nature de la langue que quelques enfants apportent pareillement en venant au monde ; séparer les doigts quand ils sont unis entre eux par de petites membranes anormales, ou quand ils ont contracté des adhérences accidentelles ; enlever des doigts surnuméraires ; fendre le prépuce en haut ou en bas dans toute sa longueur, ou en retrancher toute la partie antérieure pour remédier à un phimosis ou congénial ou accidentel ; dans les cas d'occlusion complète du vagin par la membrane hymen, diviser cette membrane à l'époque de la puberté pour donner issue au sang des règles ; pareillement à l'époque de la puberté, ou passé cette époque, ouvrir artificiellement une voie à ce même sang des règles dans un cas d'atrésie complète ou incomplète du vagin ; parer au danger d'une imperforation de l'anus ou d'une partie du rectum, soit en divisant une membrane qui ferme l'anus, ou qui fait diaphragme à une hauteur plus ou moins considérable dans l'intérieur du rectum, soit en formant un nouvel anus à la place de l'anus naturel, soit en établissant un anus artificiel autre part que là où finissent naturellement les voies digestives, etc., etc. : ce sont bien là autant d'actes par lesquels la chirurgie répare, corrige des imperfections ou naturelles ou accidentelles de quelqu'un de nos organes, donne ou fait prendre à telle ou telle autre partie de notre corps une manière d'être différente de celle qu'elle

présentait naguère, et plus ou moins approchant de celle que la nature lui avait destinée, ou qu'elle a déjà possédée : mais dans aucun de ces cas il n'y a, à rigoureusement parler, reconfection d'une partie, restauration proprement dite.

Strictement donc, je ne vois celle-ci que lorsque la main du chirurgien refait en quelque sorte, reconstitue une partie qui manque ou paraît manquer, qui est détruite en partie ou en totalité, ou du moins paraît l'avoir été ; lorsqu'elle fait renaître cette partie qui semblait ne plus exister, ou qui n'existait plus réellement. Il se pourra cependant que plus tard il me plaise d'attirer quelques uns des derniers actes que j'ai énumérés dans le champ de la chirurgie restauratrice. Refaire l'une ou l'autre paupière détruite en partie ou affectée d'un ectropion considérable ; former un nez nouveau ; reconstituer la lèvre supérieure affectée de cette division congéniale qu'on nomme bec de lièvre ; refaire cette même lèvre supérieure ou l'inférieure, quelquefois l'une et l'autre en partie, quand elles sont le siége d'une division accidentelle, surtout d'une division ancienne avec perte de substance ; créer une joue nouvelle quand cette partie de la face est détruite dans une étendue plus ou moins considérable ; rattacher l'une à l'autre les deux parties du voile du palais disjointes dans ce vice de conformation si fréquent qui constitue la diastématostaphylie ; reconstituer l'espèce de pont que la nature a établi chez la femme entre la vulve et l'anus, en d'autres termes refaire le périnée rompu dans les efforts d'un accouchement laborieux : voilà la chirurgie restauratrice dans toute sa pureté ; voilà ce qui la constitue essentiellement. Peut-être faudrait-

il joindre à ces actes déjà si importants, déjà si remarquables par leurs conséquences, les opérations par lesquelles on entreprend l'obturation d'une ouverture fistuleuse des sinus frontaux; l'occlusion d'une perte de substance à la paroi antérieure du sac lacrymal; la fermeture d'une perforation de la voûte palatine; l'oblitération d'une fistule de la trachée-artère ou du larynx au devant du cou; la guérison d'un anus contre nature par la méthode autoplastique; la reconfection d'une partie de l'urètre dans quelques cas d'hypospadias, ou congéniaux, ou accidentels; et aussi l'oblitération des fistules vésico-vaginale et recto-vaginale.

De toutes ces restaurations d'organes il en est bien peu que je n'aie été dans le cas de faire un plus ou moins grand nombre de fois; et, avec vous, mon cher ami, peut-être m'est-il permis de dire qu'il en est plusieurs que j'ai le premier, ou un des premiers, introduites dans la pratique chirurgicale. C'est à celles-là que je veux m'attacher particulièrement. Elles ne sont pas toutes à beaucoup près sur la même ligne pour la fréquence des cas qui les nécessitent, et tant s'en faut que la chirurgie se les soit rendues également familières. Pour quelques unes le temps a permis de recueillir des faits sans nombre; chaque jour en produit de nouveaux, et l'on peut croire qu'à peine reste-t-il à glaner dans le champ de l'expérience pour ce qui les concerne; d'autant que les cas auxquels elles se rapportent n'offrent, chacun en particulier, qu'assez peu d'anomalies : ces cas sont remarquables, en général, par une manière d'être assez uniforme, ou ne présentent qu'un petit nombre de variétés bien déterminées; et de là vient que les restaurations de cet ordre ont

pu être dès longtemps soumises à des règles à peu près invariables.

D'autres, au contraire, se rapportent à des altérations d'organes qu'on voit de loin en loin seulement, qui, presque toujours accidentelles, sont, en général, bien plus différentes dans leur manière d'être que ne le sont les déformations congéniales. A cause de cela elles comportent presque autant de modes d'exécution différents qu'il y a de cas qui peuvent se présenter. J'ajouterai que, pour certains cas assez communs par leur nature, comme pour d'autres qui sont plus rares, il est quelques restaurations qui sont d'une date encore trop récente, qui sont trop nouvellement instituées pour qu'on ait pu les expérimenter un bien grand nombre de fois, pour qu'on puisse savoir à quoi s'en tenir sur leur propre valeur, et sur celle des procédés divers que chacune d'elles peut comporter.

Dans toutes celles sur lesquelles mon attention est fixée actuellement, que dis-je? dans toutes les restaurations proprement dites, il s'agit de rapprocher et de faire adhérer entre elles des parties qui sont disjointes : c'est une synthèse à opérer; c'est une continuité ou médiate ou immédiate à faire naître là où elle manque par un vice originel de formation, ou bien à rétablir là où elle a été interrompue par quelque accident. Ce n'est pas toujours d'une simple division qu'il s'agit; bien souvent il existe une perte de substance, laquelle peut être plus ou moins étendue; ou bien alors même que cette perte de substance n'existe plus, une grande distance sépare les lèvres, de la solution de continuité, à cause de la rétraction des tissus

environnants. Cette rétraction, quand elle a eu lieu, est proportionnée au degré de tension habituelle des organes dont la continuité a été interrompue, ou à la grande rétractilité dont ils sont doués. Par contre, il se peut qu'il n'y ait point un grand vide, ni un grand intervalle à combler, là cependant où il y a eu perte de substance, par la raison que les parties circonvoisines n'ont éprouvé qu'une faible rétraction. De ces dispositions opposées doit résulter, on le comprend bien, et résulte toujours, en effet, ou plus de difficulté, ou plus de facilité, au contraire, pour rapprocher les parties qu'on veut faire adhérer les unes aux autres.

Autre chose encore. Tantôt ces parties sont très minces, et tantôt elles ont une épaisseur qui permet d'établir la coaptation entre des surfaces un peu étendues. Tantôt aussi elles sont, non seulement souples, extensibles, mais encore très mobiles, quelquefois même libres de deux côtés opposés, ou par deux surfaces, comme on le voit pour les deux parties de la lèvre dans le bec de lièvre, pour les deux moitiés du voile du palais dans la division congéniale de cette partie de l'intérieur de la bouche ; et tantôt, au contraire, elles sont fixes et adhérentes à des surfaces osseuses, comme cela est dans les perforations de la voûte palatine, et dans quelques cas de destruction d'une joue. Quelquefois aussi elles sont maintenues écartées par des os, comme le sont les deux moitiés du voile du palais, dans les cas de diastématostaphylie avec diduction des deux parties de la voûte palatine. Et toutes ces variétés dans la manière d'être des parties qu'on peut avoir à refaire, à reconstituer, sont indépendantes des formes

diverses, des variétés particulières de chacune des difformités auxquelles il s'agit de remédier, et des circonstances propres dont chacune d'elles est accompagnée.

Il faut que j'ajoute, pour compléter cette sorte de description générale de l'état des parties sur lesquelles il peut y avoir à appliquer quelqu'une des ressources de la chirurgie restauratrice, que bien souvent la mutilation affecte les parois d'une cavité, ou quelque partie d'un organe creux, d'un conduit, qui sont le réceptacle, le réservoir ou la voie de la transmission d'un liquide ou d'une matière liquide. Cette circonstance, sans ajouter aux difficultés de la restauration en elle-même, ou de l'opération dont elle est le but, peut en rendre le succès fort incertain. D'où vient qu'on ne peut pas parvenir à oblitérer complétement certains anus contre nature? De ce que les matières chymeuses, ou les matières excrémentitielles, ou seulement même les mucosités intestinales se présentent presque continuellement à l'ouverture de l'intestin et des parois de l'abdomen, et franchissent la digue qu'on leur oppose. Plus grande encore est la tendance de l'urine à s'échapper entre les lèvres d'une plaie de l'urètre, comme entre les lèvres d'une plaie de la vessie, alors même que ces plaies sont réunies aussi exactement que possible, ou bien à suinter sur les côtés d'un lambeau autoplastique; et de là le peu d'efficacité, tout au moins l'infidélité de presque toutes les méthodes qui ont été imaginées jusqu'à présent pour la guérison de certains hypospadias et, plus encore, des fistules vésico-vaginales. Et dans la restauration du périnée chez la femme, voyez que de précautions il faut prendre

pour faire que l'écoulement des mucosités du vagin ne vienne pas mettre obstacle à l'agglutination des surfaces qui ont été adaptées immédiatement l'une à l'autre après avoir été mises à l'état de cruentation ; et plus encore, peut-être, pour prévenir les fâcheux effets du passage des matières fécales par l'anus.

Une conséquence naturelle de tout cela, c'est qu'il ne peut y avoir une seule et même manière d'entreprendre la restauration de nos organes, lorsqu'il y a indication de le faire. C'est bien toujours le même but qu'on se propose ; partout il s'agit de ramener un organe ou une partie du corps, si non tout à fait à leur état normal, du moins à une manière d'être qui s'en rapproche le plus possible, et de les rendre aptes à remplir la fonction que la nature leur a départie. Mais chaque sorte de difformité réparable, par cela même qu'elle a un caractère particulier dépendant du lieu qu'elle occupe, et des fonctions que remplit la partie qui en est le siége, réclame des moyens ou un mode de réparation qui lui est particulier. Presque toujours aussi la méthode principale embrasse pour chaque catégorie de cas des méthodes secondaires, des procédés divers, eux-mêmes susceptibles de modifications presque sans nombre, à cause des variétés presque infinies, tout au moins très multipliées, que présentent les déformations auxquelles l'art peut remédier. Au visage particulièrement à peine voit-on deux cas de même genre qui offrent une similitude parfaite, auxquels on puisse appliquer de la même manière exactement les ressources ou les procédés de la chirurgie restauratrice : nulle autre part, ces procédés, en général toujours minutieux, délicats, quelque-

fois simples, mais bien plus souvent difficiles, compliqués, ne sont moins assujettis à des règles fixes ; nulle autre part, ils ne sont plus subordonnés dans leur application aux circonstances, aux particularités du cas qui les nécessite ; nulle autre part on n'a plus à changer, à modifier ce qui peut avoir été fait dans des cas antérieurs, autant à créer, à imaginer pour chaque cas nouveau.

Et cependant toutes les réparations d'organes sont soumises à quelques règles générales : il y a pour toutes certains détails d'exécution, qu'on peut associer de diverses manières, et qui en sont comme les éléments. On peut dire encore avec plus de vérité qu'elles sont toutes établies sur certaines bases, et qu'elles comportent l'application de quelques principes généraux ou communs ; de même que, considérées dans leur ensemble, elles se prêtent à quelques distinctions autres que celles qui découlent des variétés de siége des mutilations ou des difformités qu'il s'agit de réparer. Voyez déjà : tantôt le désordre à réparer est tout récent ; c'est une plaie qui vient d'être faite, ou par accident, ou par la main du chirurgien ; les parties sont fraîchement divisées, et pour qu'un travail d'adhésion s'établisse et s'opère entre des surfaces plus ou moins éloignées les unes des autres, il n'est besoin que de faire disparaître l'intervalle qui sépare ces surfaces, de les mettre en contact, et de les y maintenir : aucun soin préalable n'est indiqué. Dans d'autres circonstances, au contraire, et c'est le cas le plus ordinaire, au moins c'est celui auquel s'appliquent plus spécialement, plus fréquemment les procédés de la chirurgie restauratrice, la mutilation existe depuis longtemps : qu'il y ait ou non perte de

substance, une cicatrice, ou quelque tissu qui tient lieu d'une cicatrice proprement dite recouvre les bords de la solution de continuité; il y a nécessité d'amener celle-ci aux conditions d'une plaie récente; il faut avant toute autre chose qu'elle soit rafraîchie, avivée, que ses bords soient mis à l'état de cruentation. C'est un premier temps indispensable de l'opération restauratrice.

Puis, de quelque manière qu'on doive s'y prendre pour rapprocher des parties qui se trouvaient séparées par un intervalle plus ou moins grand, et pour établir entre ces parties une coaptation immédiate, il faut que cette coaptation soit maintenue par des moyens artificiels. Dans le plus grand nombre des plaies ordinaires qui se prêtent à être réunies, et qu'il convient de réunir immédiatement, on se contente des moyens les plus simples: une douce compression, des emplâtres agglutinatifs aidés d'une position convenable, suffisent: bien rarement emploie-t-on la suture; bien rarement surtout est-il indispensable d'y avoir recours. Toutes les autoplasties, au contraire, la réclament impérieusement. Je ne sache pas une restauration d'organe, de celles dans lesquelles on procède par voie de cruentation, qui pût être accomplie régulièrement et conduite à une fin heureuse sans le secours de la suture: et de la bonne application des points de suture dépend même en grande partie la bonne exécution de l'opération. Il faut bien remarquer, en effet, que le but étant toujours de réparer un grand désordre, de faire disparaître une difformité choquante, quelquefois même, pour cela, de substituer une partie nouvelle à une partie qui manquait, on doit vouloir la perfection dans les ré-

sultats : et ce n'est vraiment qu'en employant la suture qu'on peut opérer et maintenir une coaptation exacte, régulière, entre des parties quelquefois inaccessibles par leur position à tous autres moyens de réunion, quelquefois aussi très minces, presque toujours très mobiles, et souvent enfin très susceptibles de se déplacer sous l'influence de leur seule pesanteur.

Vous le dirai-je à cette occasion? Peut-être a-t-il fallu tout le développement qu'a pris la chirurgie restauratrice, et le parti si avantageux qu'on tire des différentes sortes de sutures dans toutes les opérations qui s'y rapportent, pour qu'il ne reste plus de préventions dans l'esprit des chirurgiens contre la suture en général comme moyen de réunion des plaies. Sans doute les anciens en ont abusé : mais on était tombé dans un excès contraire. Quelle exagération dans ce que les maîtres du dernier siècle, quelques uns particulièrement, comme Louis, comme Pibrac, ont dit des inconvénients, des dangers de la suture! Louis, qui aurait voulu qu'on pût se borner à l'usage d'un appareil unissant, ou d'emplâtres agglutinatifs dans l'opération du bec-de-lièvre; qui croyait que dans l'amputation d'un cancer un peu considérable de la lèvre inférieure on devait s'estimer heureux d'avoir pu enlever le mal en totalité, et qu'il n'était pas besoin de songer à la réparation du désordre; Louis, dis-je, eût-il jamais osé entreprendre l'une de ces restaurations d'organes dont la chirurgie moderne peut à bon droit s'enorgueillir? A la fin du siècle dernier, Desault, chez nous, en avait appelé de cette sorte de proscription de la suture, et les hommes formés à son école avaient marché dans la même voie.

Mais pour eux l'usage de la suture était restreint à un assez petit nombre de cas, et leur surprise serait grande s'ils pouvaient voir dans combien de circonstances on y a recours maintenant, quels résultats importants elle procure, de quels triomphes, de quelles brillantes conquêtes la chirurgie lui est redevable. Que de choses seraient à faire ou n'auraient jamais été tentées, si nous n'avions point eu à notre disposition, je ne dirai pas seulement la suture en général, mais encore plusieurs sortes de sutures!

Non, personne n'est disposé plus que moi à proclamer cette vérité ; mais je dirai aussi qu'il faut savoir user modérément des meilleures choses : je ne voudrais pas que, parce que la suture est vraiment utile, vraiment indispensable dans un très grand nombre de cas, on tombât de nouveau dans l'excès qu'on a tant et avec si juste raison reproché aux anciens. C'est une tendance de quelques chirurgiens de nos jours que je ne puis approuver. Combien sont frivoles les motifs sur lesquels ils se fondent pour préconiser l'emploi de la suture pour des plaies faciles à réunir par des moyens plus simples! Je ne saurais le dire trop haut, et cela malgré mon amour pour tant d'opérations qu'on ne peut pratiquer qu'en employant la suture, là où elle n'est pas de nécessité absolue, partout où l'on peut faire une réunion immédiate sans le secours de ce moyen toujours cruel, tout au moins douloureux dans l'application, il faut savoir s'en passer; il faut se borner à l'usage des autres moyens unissants. Telle a été de tout temps ma règle de conduite, et j'y persisterai sans doute indéfiniment. Toutefois il est un moyen nouveau par lequel on peut suppléer à l'application des agglu-

tinatifs là où cette application peut être un peu difficile, en éviter les quelques inconvénients, et opérer une réunion immédiate sans en venir à la suture proprement dite; et ce moyen convient surtout pour les plaies qui ne s'étendent pas en profondeur beaucoup au delà de l'épaisseur de la peau. Vous devinez que je veux indiquer les serres-fines, dont on doit l'heureuse introduction dans la pratique chirurgicale à M. Vidal, de Cassis. Le fait est que, sans que leur usage puisse jamais faire oublier les sutures ordinaires, elles peuvent être utilisées dans un grand nombre de cas, et peuvent remplacer avantageusement les emplâtres agglutinatifs. Il y aurait, dans quelques circonstances aussi à tirer parti de la modification apportée par M. Rigal, de Gaillac, à la suture entortillée, laquelle consiste à faire que les extrémités des aiguilles traversent une lanière de gomme élastique vulcanisée, au lieu d'être entourées ou enveloppées par des fils.

Ainsi donc, sans la suture, on ne peut guère songer à la restauration de quelque organe que ce soit; la suture est comme la condition de toute autoplastie. Et une chose heureuse, c'est que la chirurgie en ait à sa disposition plusieurs sortes : une seule ne suffirait peut-être pas. Il est certain, du moins, que plusieurs de celles qu'on connaît sont employées dans les différentes autoplasties : chacune a ses avantages et son degré d'utilité; chacune semble être plus particulièrement appropriée à certains cas, et mériter pour ces cas la préférence sur toutes les autres. C'est bien la suture entortillée qu'on emploie le plus généralement, parce que, de même que la suture que nous nommons simple ou entrecoupée, elle s'accommode

merveilleusement aux contours plus ou moins inégaux de certaines plaies; parce qu'on peut en faire les points ou très rapprochés, ou très rares; parce qu'on peut faire parcourir aux aiguilles un court trajet ou un trajet très long; parce qu'on peut ainsi faire usage d'aiguilles de longueur variée, et aussi ou fines ou grosses, selon le degré d'épaisseur ou toute autre disposition des parties qu'elles doivent traverser pour y séjourner un temps plus ou moins long; et parce qu'enfin, à cause de la manière dont on complète le plus ordinairement la suture entortillée avec un fil qui doit embrasser les extrémités de chacune des verges métalliques, et couvrir leurs intervalles, les parties qu'on veut réunir sont rapprochées et maintenues en contact plus exactement, surtout plus également qu'elles ne peuvent l'être avec les points isolés de la suture simple. A quoi il faut ajouter que la suture entortillée expose moins que la suture simple à une section trop prompte des parties molles qu'elle embrasse. Elle a plus de stabilité; des tiges droites inflexibles, formant la moitié de l'anneau que représente chaque point de suture, divisent la peau, les chairs, moins facilement que ne le font les fils, qui agissent circulairement. Voilà les motifs qui font employer la suture entortillée préférablement à toute autre, surtout préférablement à la suture simple, toutes les fois qu'elle est praticable sans trop d'embarras, sans trop de difficultés.

Mais elle n'est de mise que sur des régions qui offrent des surfaces à peu près planes; on ne peut déjà que très difficilement faire manœuvrer des aiguilles droites sur des surfaces déprimées, anfrac-

tueuses ; on ne le pourrait que plus difficilement encore dans l'intérieur d'une cavité. Il ne faut pas non plus qu'on ait à faire agir la suture trop profondément au delà de la surface de la peau, ou, en d'autres termes, à embrasser dans les points de suture une couche trop épaisse de parties molles. La suture entortillée perd alors une grande partie de ses avantages; l'action en serait trop incertaine. Dans de telles circonstances, il faut la remplacer par une autre suture. C'est la pensée que j'aurais dû avoir lorsque je m'avisai de tirer de l'oubli dans lequel elle était tombée la restauration du périnée chez la femme. Comment n'ai-je pas compris tout d'abord que pour agir sur des parties si épaisses, pour maintenir affrontées des surfaces aussi larges que celles qui résultent de l'avivement après une déchirure ancienne du périnée, la suture entortillée serait insuffisante? Elle ne pouvait agir que superficiellement; et dans le temps, je ne fus pas très surpris du revers qui suivit ma première opération. Je le fus d'autant moins que, dans les opérations qui avaient été tentées par Noël et par Saucerotte, et dont le résultat avait fait renoncer à entreprendre de nouveau la restauration du périnée, ces deux chirurgiens avaient pareillement pratiqué la suture entortillée. Mais la suture enchevillée était particulièrement réservée pour les plaies pénétrantes de l'abdomen; jamais elle n'avait été appliquée aux plaies d'autres régions du corps; et l'idée ne m'est venue d'y avoir recours qu'après avoir fait inutilement une première opération avec la suture entortillée.

Peut-être n'ai-je dû cette heureuse inspiration qu'au désir extrême qu'avait la malade d'être délivrée de son

incommodité, et au courage avec lequel elle consentait à subir une opération nouvelle. Vous le savez, mon cher Lawrance, cette malade, qui était l'épouse d'un médecin, a recueilli le fruit de sa résignation. Le succès que j'ai obtenu chez elle en pratiquant la suture enchevillée, je l'ai obtenu dans un assez grand nombre d'autres opérations semblables; et le même moyen a réussi assez de fois déjà dans les mains d'autres chirurgiens pour qu'il n'y ait plus maintenant de doutes sur sa valeur. Plus tard j'entrerai avec vous dans d'autres détails sur ce sujet : je voulais seulement établir ici que, malgré tous les avantages qu'elle présente en général, la suture entortillée ne convient pas pour la restauration du périnée.

Et pour la staphyloraphie, c'est pareillement une autre suture qu'il faut employer. En effet, comment pourrait-on engager et placer convenablement des épingles ou des aiguilles droites dans l'épaisseur des deux bords si minces du voile du palais divisé? On pourrait peut-être plus facilement disposer toutes choses sur les deux parties de cet organe pour une suture enchevillée : mais par la manière dont cette suture agit, les bords de la division, poussés en avant, s'écarteraient l'un de l'autre, et le contact serait établi entre les deux membranes muqueuses de la face postérieure du voile du palais. Tout infidèle qu'elle peut être, la suture simple est la seule suture dont on puisse faire ici l'application avec avantage. J'en ai eu la conviction dès mes premières méditations sur la staphyloraphie, et je crois avoir été assez heureux pour concevoir de prime abord la meilleure manière possible de pratiquer l'opération dont il s'agit.

Il va sans dire que, bien que chacune des trois sutures dont je viens de parler paraisse mieux convenir pour certaines restaurations que pour d'autres, des cas pourraient se présenter dans lesquels il serait avantageux de les employer simultanément, tout au moins de faire concourir deux d'entre elles à la réunion des différentes parties d'une plaie.

Mais le difficile n'est pas de choisir le meilleur moyen d'assurer la coaptation des parties qu'on veut réunir, c'est bien plutôt, au moins dans un grand nombre de cas, de mettre ces parties en rapport, de les préparer, de les disposer pour que la coaptation ait lieu. Quelquefois, sans doute, il suffit de mettre en jeu leur extensibilité naturelle : de cette manière seulement on les rapproche, on les attire l'une vers l'autre, ou les unes vers les autres. Mais bien plus souvent une action importante doit précéder celle-là. Il faut, ou bien éloigner tel ou tel obstacle qui existe à ce que ces parties éprouvent l'extension dont elles sont susceptibles ; ou bien, par des moyens artificiels, par certains soins préliminaires, augmenter leur ampleur ou leur extensibilité naturelles ; ou bien suppléer à leur allongement, à leur extension, en les déplaçant, après les avoir séparées d'autres parties très voisines auxquelles elles adhèrent ; ou bien encore faire un véritable emprunt à ces dernières pour remplir un vide, un intervalle, un espace qu'il n'était pas possible de combler autrement. Quelquefois même, la matière manquant dans les régions voisines, il faut faire cet emprunt à des régions très éloignées, greffer ainsi l'une sur l'autre deux parties du corps qu'un grand intervalle sépare, qui n'ont entre elles au-

cune communication directe, retrancher à l'une pour donner à l'autre. Strictement alors la substitution pourrait être faite d'un individu à un autre individu. Cette dernière manière d'agir pour la restauration des organes, vous le savez, c'est l'*hétéroplastie*. Quand une restauration est entreprise aux dépens d'une partie de l'individu même chez lequel il s'agit de réparer une perte de substance, c'est l'*autoplastie*, laquelle est mise en usage bien plus fréquemment que l'hétéroplastie. Elles forment ensemble ce qu'on est convenu de désigner sous le nom d'*anaplastie;* et, par cette dernière expression, il faut entendre toute reconstitution d'un organe ou d'une partie au moyen d'un emprunt quelconque.

Telle est bien aussi, en particulier, l'acception du mot *autoplastie*, avec cette particularité, que les parties réparatrices proviennent de l'individu même auquel l'opération doit bénéficier. Mais ce mot *autoplastie* a perdu son sens primitif : on en a étendu l'usage insensiblement, de telle sorte que l'autoplastie n'est plus l'autoplastie proprement dite ou à strictement parler ; elle s'entend maintenant de toute réhabilitation d'un organe ou d'une partie, de quelque manière qu'on y procède, au moins quand il y a solution de continuité, et qu'il s'agit de réparer cette solution de continuité. De là, nécessité de distinguer entre toutes les autoplasties ; il a fallu en établir plusieurs sortes. En prenant les choses au point où elles sont maintenant, il y a cinq ou six manières assez distinctes les unes des autres de procéder à l'autoplastie.

1° Dans une première, c'est la plus simple, les parties à réunir n'opposent aucune résistance, elles cèdent

au moindre effort qu'on fait pour les rapprocher ; tout au plus éprouvent-elles un certain degré d'extension. Et remarquez qu'on voit cela pour des plaies récentes, même dans des cas où il y a eu une perte de substance plus ou moins considérable, parce que toutes les parties circonvoisines de la plaie jouissent d'une grande souplesse, d'une grande extensibilité : on le voit, par exemple, à la poitrine, après l'amputation d'une partie du sein ou même du sein en totalité. Dans de telles circonstances, on a donc toute la facilité possible pour amener au contact des parties disjointes, et actuellement séparées par un intervalle plus ou moins grand. L'autoplastie qu'on fait alors, c'est l'autoplastie par simple traction ou par simple rapprochement : telle est, en particulier, celle des paupières dans le simple coloboma ; de l'oreille quand le lobe est fendu ; de la lèvre supérieure dans un bec-de-lièvre unilatéral, ou même dans un bec-de-lièvre double ou bilatéral, quand on fait servir le lambeau moyen à reconstituer la lèvre ; du voile du palais dans la diastématostaphylie simple ; du périnée après la déchirure, ou récente, ou ancienne, de cette partie.

Et toutefois, dans quelques uns de ces cas, combien il faut peu de chose pour que l'autoplastie offre plus de difficultés, pour qu'il faille aider au rapprochement par quelques soins préalables, pour qu'enfin elle prenne, jusqu'à un certain point, un autre caractère ! Ainsi, dans un bec-de-lièvre double, veut-on sacrifier le lambeau moyen, ou le faire servir à autre chose qu'à la reconstitution de la lèvre, faut-il conséquemment réunir immédiatement l'une à l'autre les deux parties latérales

de la lèvre, il y a des difficultés à surmonter, parce que ces deux parties de la lèvre sont très écartées l'une de l'autre; parce qu'elles sont fixées aux os maxillaires : besoin est donc de les en détacher, fort au loin même. De cette manière, on ajoute à leur extensibilité naturelle, et l'on opère un rapprochement que sans cela on n'aurait pas pu obtenir. Ainsi, qu'avec une division du voile du palais il y ait bifurcation de la voûte palatine, toujours alors les deux parties de cette voûte sont écartées l'une de l'autre; plus grande est la séparation des deux bords de la division du voile du palais; et comme les deux parties de ce voile sont fixement attachées aux os, on ne peut les mettre en contact qu'en faisant subir à l'opération ordinaire de la staphyloraphie une modification importante. Cette modification consiste à détacher chacune d'elles d'avec la partie postérieure de la voûte palatine par une section transversale.

2° De tels expédients impriment déjà à l'autoplastie un autre caractère; ils en constituent comme une seconde espèce, qu'on peut désigner sous le nom d'*autoplastie par débridement :* et si je ne craignais pas de multiplier les divisions, ou d'entrer dans des distinctions trop subtiles, je dirais qu'entre celle-ci et l'autoplastie de la première sorte, ou par simple rapprochement, il y en a une qu'on peut dire être par *extension forcée*. On ne débride point, on ne détruit pas des adhérences naturelles, pour obtenir un relâchement des parties à réunir; mais on fait autre chose qu'opérer le simple rapprochement de ces parties : on ne parvient à les mettre en contact qu'après leur avoir fait éprouver une extension très

forte, qu'après avoir épuisé toute l'extensibilité qu'elles ont en partage. On ne peut agir ainsi impunément, au moins avec quelque chance de succès, que pour des parties qui ont une certaine épaisseur, et qui sont capables de résister à l'action de la suture, comme les joues, les lèvres, surtout sur des sujets adultes. Des parties un peu minces seraient trop facilement coupées ou déchirées.

C'est pour éviter cette extension forcée, ou du moins pour en atténuer les inconvénients là où elle doit encore avoir lieu, qu'on pratique des dissections en dessous, qu'on détruit des adhérences naturelles, qu'on fait des incisions latérales; toutes choses par lesquelles des parties qu'il faut rapprocher sont rendues plus souples, plus mobiles, plus extensibles, et partant plus susceptibles d'être attirées les unes vers les autres, et maintenues en contact, sans éprouver une distension trop considérable. Je ne veux pas qu'on abuse de ces ressources, qu'on les prodigue, qu'on les applique sans une nécessité bien sentie. Suivant moi, par exemple, ce serait faire abus des incisions laterales au voile du palais, dans la staphyloraphie, que de les appliquer, comme le voulait Dieffenbach, à tous les cas de division de ce vóile avec écartement des deux moitiés de la voûte palatine. De telles incisions latérales faites en dehors du périnée, et telles que les recommande pareillement Dieffenbach, sont encore plus inutiles dans la suture de cette partie. Mais dans d'autres cas, c'est vraiment une chose bien remarquable que le parti qu'on tire de telle ou telle autre des manœuvres préparatoires au rapprochement que j'indi-

quais plus haut. Voyez, par exemple, ce qu'on fait, ce qu'on peut faire, après l'amputation de tumeurs cancéreuses un peu considérables de la lèvre inférieure, opération dans laquelle il faut si souvent sacrifier une si grande partie, quelquefois même la presque totalité de cette lèvre : il n'y a pas toujours nécessité absolue de faire une autoplastie par substitution, c'est-à-dire de faire un emprunt proprement dit aux parties voisines pour reconstituer la lèvre, pour remplacer ce qui a été enlevé; la réparation se fait bien souvent par le seul rapprochement des parties molles qui ont été conservées de chaque côté. Mais ce rapprochement n'a lieu que par une extension un peu forcée de ces parties; et cette extension, on l'obtient sans de trop grands efforts en détachant les joues d'avec la mâchoire inférieure, en détruisant les adhérences des muscles jusqu'au-dessous de la base de cet os. Telle est donc l'autoplastie que je nomme par extension forcée et par débridement, laquelle ne comporte guère de règles générales, et se pratique un peu différemment selon les cas, les lieux, les parties auxquels on l'applique : c'est ce qui est établi de reste par les quelques exemples que j'ai indiqués.

3° Vient ensuite l'autoplastie appelée par granulation, j'aimerais mieux dire après formation et par extension de granulations celluleuses. Même avec cette variante dans les termes, l'esprit ne saisit pas tout d'abord en quoi ce mode d'autoplastie consiste. L'idée en est ingénieuse, et honore son auteur : mais c'est dans un bien petit nombre de circonstances, à ce qu'il me semble, qu'on peut songer à en faire l'application; et je n'en vois pas dans lesquelles

il puisse être d'une indispensable nécessité. Je trouve dans un petit travail assez récent d'un chirurgien de Philadelphie, M. Müller, sur les restaurations du voile du palais et de la voûte palatine (1), l'indication d'un cas où l'on a eu recours avec succès à cette autoplastie par granulation.

Vous dirai-je sur quoi elle est fondée ? Sur ce fait bien connu, relativement aux plaies qui doivent suppurer et guérir par voie de cicatrisation ; savoir, que les granulations qui naissent de leur surface, forment, en se réunissant, comme un tissu nouveau dont toutes les parties sont continues entre elles, et se continuent avec les tissus normaux aux dépens desquels ces granulations se sont développées : c'est le tissu inodulaire à son premier âge ; et sur cet autre fait, savoir, que si ce tissu inodulaire est susceptible d'une sorte de retrait, ou de resserrement pour la formation de la cicatrice, il peut aussi céder à une traction soutenue, ou à des tractions répétées, et subir une extension plus ou moins considérable. A la faveur de cette dernière propriété du tissu inodulaire, on peut augmenter l'intervalle qui séparait les deux bords d'une plaie de la peau ou de tout autre tissu naturel, sans qu'ils cessent d'être liés ou continus l'un à l'autre. On peut donc éloigner une portion de téguments, ou de quelque autre tissu de la place qu'elle occupait au moment de la formation des granulations celluleuses, la faire cheminer, voyager un peu, sans qu'elle cesse d'être unie à ces granu-

(1) *A Report on the operation for fissures of the palatine vault*, by Thomas D. Müller. Philadelphia, 1843.

lations, sans que celles-ci cessent de former un tout continu.

Dans le cas de M. Müller, que j'indiquais à l'instant, le résultat heureux d'une autoplastie par granulation est d'autant plus remarquable, qu'on avait eu à manœuvrer sur un champ bien limité, et sur une région située d'une manière très défavorable. C'était à la voûte palatine, dans la partie la plus rapprochée du voile du palais. Il s'agissait d'une perforation de cette voûte, qui faisait communiquer la bouche avec les narines; l'ouverture, placée un peu à droite, était ovalaire d'arrière en avant, et avait un peu plus d'un demi-pouce dans le sens de son plus grand diamètre. On fit trois opérations successives, ou, plutôt, l'opération fut faite en trois temps à des intervalles de plusieurs jours. Dans le premier, on fit, de chaque côté et à trois lignes environ de l'ouverture, une incision en croissant aux parties molles de la voûte palatine, incision qui pénétrait jusqu'à l'os, et qui, concentrique aux bords de l'ouverture, n'en dépassait pas les extrémités. De cela résultaient comme deux petits lambeaux à base très large, qui furent soulevés et détachés de la partie solide du palais, et sous lesquels on engagea un morceau de peau de daim, comme on aurait pu mettre un peu de coton, ou de linge fin, ou d'agaric, pour tenir les plaies béantes, et empêcher la réunion des parties divisées. Après six jours, les granulations celluleuses étant formées, et le tissu inodulaire constitué, on procéda, de la même manière, vers les extrémités de l'ouverture de la voûte palatine, c'est-à-dire en avant et en arrière de cette ouverture; on comprit dans les nouvelles incisions les parties de la membrane mu-

queuse palatine qui avaient été ménagées dans les premières. On compléta, pour ainsi dire, la coupe ovalaire qu'il s'agissait de faire autour et à quelque distance de la perforation dont la voûte palatine était le siége. Mêmes précautions furent prises pour empêcher la réunion des nouvelles plaies qui se continuaient avec les premières. Après une autre période de six jours écoulée, il y avait toute une bande, à peu près circulaire, de granulations, circonscrivant une portion de membrane palatine formant elle-même une bande ovalaire qui adhérait aux os par sa petite circonférence. Le moment était venu de détruire cette adhérence et d'aviver les bords de l'ouverture. C'est par là que fut commencée la troisième manœuvre, ou l'acte final de l'opération; puis, on partagea en quatre lambeaux la portion de la membrane palatine qui se trouvait renfermée dans le cercle des granulations. Ces quatre lambeaux furent ensuite détachés des os jusqu'à la limite des granulations, auxquelles ils étaient ainsi continus par leur base. Devenus alors susceptibles de se mouvoir, ou d'être déplacés à raison de l'extensibilité du tissu inodulaire, ils furent attirés vers le centre de l'ouverture, et maintenus dans cette position par plusieurs petits points de suture. Tous ensemble fermaient exactement l'ouverture; ils se réunirent parfaitement; et l'opération, entreprise pour reconstituer la voûte palatine et intercepter toute communication de la bouche avec les narines, eut un plein succès.

Voilà les détails d'une autoplastie par granulation, appliquée à un cas déterminé. Je conçois parfaitement comment en variant le procédé ou le mode d'exécution, on peut

utiliser la méthode elle-même dans d'autres circonstances, même un peu différentes de celles dont il vient de s'agir.

4° Une autre méthode d'autoplastie est dite par dédoublement, et ce mot indique assez que cette méthode consiste à réduire l'épaisseur d'un partie pour en augmenter l'étendue, pour lui donner plus d'ampleur et pouvoir ainsi l'amener à la rencontre d'une autre dont elle était trop éloignée. Rigoureusement on pourrait faire subir à deux parties distinctes la même métamorphose pour les faire concourir ensemble à combler l'intervalle qui les séparait. Il y a une première condition nécessaire pour qu'on puisse faire servir le dédoublement à une restauration quelconque, c'est que la partie à dédoubler ait deux surfaces libres, ou revêtues l'une et l'autre par une membrane muqueuse, ou bien l'une cutanée et l'autre muqueuse. Il faut aussi que cette partie soit disposée de telle sorte que, dédoublée, elle conserve encore assez d'épaisseur pour que la vie puisse s'y maintenir, et pour qu'on puisse appliquer les moyens de réunion. Les joues, les lèvres présentent cette dernière condition à un degré remarquable. Qu'importe qu'une surface muqueuse devienne extérieure d'intérieure qu'elle était, et devienne apparente, même dans une des régions du corps qui sont habituellement à découvert! Elle perdra bientôt son aspect naturel. Qui ne sait avec quelle facilité, et j'entends dire avec quelle promptitude, une membrane muqueuse, par son exposition continuelle à l'impression de l'air, au contact des corps extérieurs, peut-être vaudrait-il mieux dire, une fois soustraite au contact des liquides ou des autres matières par lesquelles elle était lubrifiée, avec les

apparences de la peau? Et comme phénomène à la fois inverse et analogue, ne voit-on pas la peau prendre jusqu'à un certain point le caractère d'une membrane muqueuse quand, dans une partie quelconque du corps, elle éprouve une plicature profonde, et se trouve pendant longtemps en contact avec elle-même? J'ai la conviction qu'une portion de tégument dont on maintiendrait la surface épidermique tournée vers l'intérieur d'une cavité tapissée par une membrane muqueuse s'identifierait parfaitement avec cette membrane. Cette disposition de chacun des deux grands systèmes tégumentaires dont l'homme est pourvu, l'un intérieur, l'autre extérieur, à prendre accidentellement, et dans des circonstances données, les caractères de l'autre, est un fait bien connu en anatomie générale. Il faudrait donc s'attendre à voir une surface muqueuse qui serait devenue extérieure après une autoplastie par dédoublement, perdre ses caractères naturels, et s'harmoniser plus ou moins avec la peau. Du reste, je n'ai point de règles générales à établir quant à la manière de pratiquer cette sorte d'autoplastie, soit qu'on l'emploie seule, soit qu'on l'associe à tel ou tel des autres procédés de restauration.

Il reste encore au moins trois sortes d'autoplasties qui ont cela de commun qu'elles se font avec emprunt, qu'il y a dans chacune d'elles migration, déplacement de parties, translation d'un disque d'un lambeau de téguments, ou même de parties charnues, d'une partie sur une autre, d'un lieu à un autre. Déjà le dédoublement est une sorte d'emprunt : seulement cet emprunt est fait à la partie même qu'il s'agit de rattacher à une autre dont elle est plus ou

moins éloignée. Et que dis-je? Dans l'autoplastie par simple rapprochement, surtout quand il y a à combler une perte de substance, n'y a-t-il pas comme un emprunt et une translation de parties? Ne fait-on pas éprouver à la peau un véritable déplacement? N'en attire-t-on pas, n'en amène-t-on pas des portions là où elles ne sont pas naturellement? Mais la seule extensibilité de la peau fait les frais du déplacement. C'est tout autrement dans les autoplasties dont il me reste à parler. Ici, l'extensibilité ne joue qu'un rôle secondaire : le plus souvent même, les parties empruntées doivent perdre quelque chose des dimensions qui leur ont été données; elles éprouvent un retrait plus ou moins considérable; elles reviennent sur elles-mêmes. Et comment n'en serait-il pas ainsi? ces parties doivent toujours être séparées, détachées de celles auxquelles elles appartenaient ; on en forme un ou plusieurs lambeaux laissés adhérents par un de leurs bords, quelquefois par une base très étroite, ou même par un simple pédicule; et ces lambeaux obéissent plus ou moins à la force de rétraction dont tous nos tissus sont doués: ils se resserrent, se rétrécissent, se raccourcissent plus ou moins, mais aussi ils acquièrent une épaisseur, une force un peu plus considérable que celle qu'ils avaient au moment où ils ont été formés. Dans quelques cas seulement, on a à leur faire subir une certaine extension.

Ainsi donc ce qui fait le caractère des dernières autoplasties dont il s'agit maintenant, c'est que la partie empruntée pour remplir un vide, pour combler un intervalle, est préalablement limitée, circonscrite, taillée sous la

forme d'un lambeau diversement configuré, de telle grandeur ou de telle autre, et qui doit être déplacé. C'est la manière dont l'emprunt est fait, et c'est la manière aussi dont la partie empruntée est substituée à celle qui manque, qui fait la différence entre ces autoplasties, lesquelles sont, ai-je dit, au nombre de trois principales.

5° Dans l'une, c'est par un simple glissement sur une ligne ou horizontale ou verticale, ou par une simple inclinaison, que des lambeaux sont transportés du lieu qu'ils occupaient là où était la partie qu'ils doivent remplacer: ils sont formés des chairs les plus voisines du vide qu'il s'agit de combler; et, chose remarquable, il n'est pas impossible qu'un lambeau de parties molles déplacé une première fois, et auquel a été imposé un nouveau domicile, soit enlevé à cette première station pour être soumis à un nouveau déplacement. Des cas se présentent, en effet, dans lesquels une restauration ne peut être accomplie que par de tels déplacements successifs d'un même lambeau, d'une même masse de parties molles. Presque toujours, après une autoplastie pratiquée suivant la méthode dont il s'agit, il y a à s'occuper du désordre ou de la mutilation qui résulte de la formation des lambeaux : du reste, les deux autres méthodes imposent la même nécessité. Tantôt on peut commettre à la nature le soin de consolider ou de guérir la plaie nouvelle laissée par l'éloignement du lambeau ou des lambeaux; tantôt cette plaie est disposée de telle sorte qu'il y a possibilité de la fermer complétement ou incomplétement peu d'instants après qu'elle a été faite. Il est d'usage de désigner cette première méthode d'autoplastie proprement dite sous le

nom de *méthode française*, dans le but d'en spécifier l'origine, et pour la distinguer sous ce rapport des deux autres, qu'on nomme l'une *méthode indienne*, et l'autre *méthode italienne*.

6° Dans la méthode indienne, un lambeau formé de la peau seulement, ou de la peau et de quelqu'un des tissus qui lui sont sous-jacents, est bien toujours taillé aux dépens des parties voisines de la perte de substance à réparer; mais ce lambeau est laissé, momentanément au moins, continu aux bords ou à quelque point de la circonférence de cette solution de continuité; il y tient par une base étroite ou par un pédicule plus ou moins gros : puis on le fait pivoter sur lui-même, et cela à des degrés différents, selon que la partie opposée au pédicule est plus ou moins éloignée de la place qu'elle-même doit occuper. Tantôt il suffit de l'incliner un peu; d'autres fois il faut contourner le pédicule, lui faire éprouver une sorte de demi-torsion; et, dans quelques cas enfin, ce pédicule doit subir une torsion presque complète : c'est ce qui a lieu, par exemple, dans la rhinoplastie, pour laquelle on emprunte à la région frontale un lambeau triangulaire, dont le pédicule occupe l'intervalle des sourcils. Dans toutes ces manières de faire, on se propose de mettre la surface sanglante du lambeau en contact avec la partie que ce lambeau doit couvrir : la surface tégumentaire doit rester tégumentaire. Mais il est des cas dans lesquels le lambeau doit être renversé sur lui-même, à peu près de la même manière qu'on le fait dans l'autoplastie par dédoublement; alors la surface sanglante de vient tégumentaire, et doit se couvrir

d'une cicatrice. Cela se fait ainsi dans l'un des procédés qui ont été recommandés pour la palatoplastie. Telle est, pour l'autoplastie, la méthode appelée méthode indienne, et qu'on peut nommer aussi par transplantation d'un lambeau pris dans le voisinage de la partie qui manque.

7° Dans la méthode dite italienne ou de Tagliacozzi, bien que Tagliacozzi n'ait fait que reproduire, en les étendant toutefois, les vues émises avant lui par Branca dès le commencement du XVIe siècle, le lambeau réparateur est pris sur une partie éloignée, au bras particulièrement pour la restauration d'une partie quelconque de la face. L'autoplastie aurait le même caractère, quand même ce lambeau proviendrait d'un autre individu. Toutefois on a voulu désigner particulièrement cette sorte de greffe animale, à laquelle deux individus différents concourent, et pour cela a été créé le nom ou le mot d'*hétéroplastie*. Bien entendu que, dans l'hétéroplastie, comme dans l'autoplastie comparable à celle-ci, la pièce empruntée n'est d'abord séparée qu'incomplétement de la région qui la fournit; on doit l'y laisser adhérente tout au moins par un fort pédicule, afin que la vie s'y maintienne, puisée à la même source, jusqu'à ce que la greffe soit accomplie. C'est seulement lorsque le lambeau est réuni, lorsqu'il est en communauté de vie avec les parties sur lesquelles il a été appliqué, qu'on le sépare de celles qu'il concourait précédemment à former. Cela doit être aussi dans l'autoplastie par transplantation d'un lambeau voisin. Et le fait est que ces deux sortes de greffes ne diffèrent point autant l'une de l'autre qu'il peut le paraître au premier

abord. Ce sont les mêmes conditions à remplir pour former le lambeau, les mêmes soins aussi à prendre pour le maintenir à la place qu'il doit occuper, et pour en obtenir la réunion.

Tels sont, considérés en général, les différents procédés chirurgicaux connus pour la restauration de nos organes. Pour chaque organe ou pour chaque restauration en particulier, on peut en faire une application variée, comme aussi ils se prêtent à être associés, combinés de diverses façons; et difficilement pourrait-on tracer des règles précises, exactes, sur la manière d'exécuter telle ou telle autre opération autoplastique. Ce qu'il y a de moins irrégulier, de moins variable, c'est ce qu'on a à faire dans les vices originels de conformation, parce que chacun de ceux-ci ne présente que des variétés à peu près fixes, et en nombre à peu près déterminé. Combien sont différentes, au contraire, les mutilations accidentelles! A peine dans une même partie, dans un même organe, voit-on deux cas qui se ressemblent parfaitement: et, quand on entreprend de les réparer, on trouve bien toutes les ressources convenables dans les divers procédés autoplastiques tels que je les ai indiqués d'une manière générale; mais il y a l'art de choisir entre ces divers procédés, et d'en faire l'application pour chaque cas en particulier, soit qu'un seul suffise, soit et à plus forte raison qu'il faille en associer deux ou même plusieurs, et les employer ensemble ou successivement? Dans les circonstances de ce genre, il y a presque toujours à créer, à imaginer, à faire autrement que d'autres n'ont fait, ou qu'on n'a fait soi-même. Le chirurgien a bien

souvent au moins à se créer des voies nouvelles ; et bien souvent aussi il lui faut abandonner ses premières inspirations, ses premiers projets, pour en concevoir de nouveaux. Et que de fois aussi, étant à l'œuvre, ne voit-il pas surgir des difficultés, des embarras qu'il n'avait pas prévus! Heureux quand il peut soudain trouver les moyens d'en triompher!

Cependant les diverses autoplasties, et par là j'entends maintenant les diverses restaurations d'organes, comportent l'application de certaines règles générales. On ne peut pas dire qu'elles soient absolument soumises au caprice, à la fantaisie, ou bien au hasard d'une inspiration. Même pour les cas les plus difficiles, les plus compliqués, il y a des principes qu'on ne pourrait pas oublier sans de graves inconvénients. Il y en a de particuliers pour chacun des procédés autoplastiques que j'ai passés rapidement en revue; il y en a pour le rapprochement pur et simple, pour le rapprochement avec extension forcée, pour la coaptation précédée de débridement, pour le dédoublement, pour l'autoplastie après formation et avec extension de bourgeons celluleux, pour l'autoplastie par glissement d'un lambeau, pour l'autoplastie avec emprunt d'un lambeau voisin, pour l'autoplastie avec emprunt d'un lambeau éloigné, ou simplement pour chacune des différentes espèces de greffe proprement dite. Il y en aurait même pour cette autre sorte de greffe qui consisterait à remettre à sa place naturelle une partie du corps qui en aurait été entièrement séparée, comme le nez, une oreille, un doigt, si une telle œuvre pouvait offrir quelque chance de succès.

Mais de tous ces procédés autoplastiques, il en est un qui

se prête mieux que tous les autres à être étudié et décrit particulièrement, et pour lequel on peut le mieux aussi établir quelques préceptes généraux : c'est celui qui consiste dans la transplantation d'un lambeau emprunté aux parties voisines de celle que ce lambeau doit servir à réparer. Ce procédé, c'est l'autoplastie dans toute sa pureté, ou pour dire plus exactement, c'est le procédé, sinon le plus remarquable, au moins le plus usité dans l'autoplastie proprement dite. J'espère, mon cher Lawrence, que nous tomberons d'accord sur les règles de son application. J'ai à vous exposer celles qui me semblent le mieux établies par l'expérience. Ce sera le sujet de ma prochaine lettre.

LETTRE DEUXIÈME.

Je reprends la suite de mes premières considérations, et vais vous dire, mon cher ami, quelles règles générales, suivant moi, doivent présider à toute autoplastie avec formation d'un ou de plusieurs lambeaux.

1° Parfois, en effet, il y a nécessité de faire un double emprunt aux régions voisines de l'organe à restaurer, de faire et de déplacer deux lambeaux ; et cela, parce qu'il y a un grand vide à combler, ou parce qu'il n'y aurait point assez de chances de conservation, assez d'éléments de vitalité dans un seul lambeau, ou parce que l'espace manque pour le faire d'une grandeur suffisante. Mais c'est mieux, en général, quand un seul lambeau peut suffire. Il faut, autant que possible, viser à ce but ; on évite des plaies et des cicatrices trop multipliées. D'ailleurs, généralement, deux lambeaux s'adaptent moins bien qu'un lambeau unique à une ouverture qu'il s'agit d'obturer, à un espace quelconque qu'il s'agit de combler ; et l'on dirait qu'il en coûte plus à la nature pour établir leur adhésion que pour accomplir l'adhésion d'un lambeau unique, lequel est d'ailleurs facilement soumis à l'attention et aux soins du chirurgien.

2° Qu'on suppose maintenant une autoplastie faite avec un seul lambeau, pris à l'extérieur du corps, et pour réparer une difformité extérieure ; selon que la partie à recon-

stituer est naturellement organisée de telle manière ou de telle autre, le lambeau devra être fait, soit avec la peau seulement, soit avec la peau et une couche plus ou moins épaisse des tissus sous-jacents. Mais il ne faut pas oublier qu'une aponévrose seule forme une mauvaise doublure à la peau, et que lorsqu'un lambeau à transplanter, ou à greffer, doit avoir une certaine épaisseur, c'est une bonne chose qu'il la doive à une couche de tissu musculaire.

3° Il n'est pas toujours loisible au chirurgien de choisir entre plusieurs régions voisines pour tailler le lambeau dont il a besoin. Souvent il ne peut faire d'emprunt que dans un seul sens, ou que d'un seul côté. Mais la disposition des parties se prête-t-elle à des emprunts différents les uns des autres, il y a presque toujours des motifs suffisants pour préférer une manière à une autre. En général, on doit prendre le lambeau là où la peau a le plus de rapport de structure avec celle de la partie à réparer, là aussi où l'on peut croire que le lambeau sera alimenté par un plus grand nombre de vaisseaux. Dans certains cas, on choisit telle partie des téguments parce que là ils sont glabres et dépourvus de poils, et telle autre, au contraire, dans d'autres cas, parce qu'on veut utiliser une surface garnie de productions pileuses. Mais la règle prépondérante, c'est que le lambeau soit taillé de manière qu'on n'ait à lui faire subir, ni un déplacement trop considérable, ni une torsion trop forte. J'ai dit déjà combien c'est chose avantageuse qu'on ait seulement à l'incliner pour en mettre la surface sanglante et les bords en contact avec les parties auxquelles il doit se réunir.

4° Autant que les circonstances le permettent, il faut le faire un peu plus grand que l'espace qu'il doit bientôt occuper, puisque, par l'effet de la rétraction des tissus qui le composent, il va perdre quelque chose de ses dimensions. C'est le moyen qu'il conserve le surcroît d'épaisseur qu'il acquiert par l'effet même de cette rétraction, et qu'on ne soit pas dans la nécessité de faire éprouver une distension trop forte, soit au lambeau lui-même, soit aux parties auxquelles il doit être réuni par ses bords.

5° Plus le pédicule, par lequel le lambeau est laissé adhérent, est large, plus évidemment il contient de vaisseaux, et plus aussi il y a lieu de compter sur la vitalité du lambeau lui-même. On doit donc être attentif à ne pas trop réduire les dimensions de ce pédicule, qu'il faut bien cependant faire très étroit quand le lambeau doit éprouver un déplacement considérable. En général, c'est le degré de pivotement que doit subir le lambeau qui détermine la force qu'on peut conserver au pédicule.

6° Certaines fois, un premier coup d'œil, et un coup d'œil seulement, suffit pour fixer exactement et la forme du lambeau, et ses dimensions, de même que la forme et la grandeur du pédicule. Mais bien plus souvent besoin est de tracer par avance, avec la plume ou avec le crayon, les lignes que le bistouri doit parcourir, ou de transporter sur la peau des mesures prises avec du papier, pour en bien dessiner les contours. La prudence exige qu'on ne néglige pas de telles précautions, pour peu qu'il puisse en résulter quelques avantages pour la bonne confection du lambeau. Y renoncer, en pareil cas, serait un acte de va-

nité puérile, ou d'une confiance en soi-même qui pourrait bien ne pas être justifiée par l'événement.

7° Contrairement à ce qui a été dit par quelques chirurgiens, je pense qu'il n'y a pas d'inconvénients réels à ce que des branches artérielles distinctes entrent dans la composition d'un lambeau autoplastique : car, ou bien ces branches, et le plus souvent il s'agit d'une seule, ne fourniront point de ramifications au lambeau ; qu'importe alors qu'elles en parcourent la surface? seulement il aura fallu appliquer une ligature sur leurs extrémités : ou bien des ramifications en partiront pour se distribuer dans l'épaisseur du lambeau ; et ces ramifications, jointes à celles dont le pédicule est déjà pourvu, seront une garantie de plus pour le travail de réunion qui doit s'accomplir. C'est une crainte chimérique que celle d'une sorte de congestion inflammatoire du lambeau, parce qu'il serait pourvu d'une trop grande quantité de vaisseaux sanguins. Cette congestion inflammatoire dût-elle se manifester, on a la ressource des saignées locales pour la combattre. Mais, dans les autoplasties, on a toujours bien plus à craindre que le lambeau ne s'affaisse, ne se flétrisse, qu'il ne se réunisse pas complétement, ou que même il ne se mortifie en partie ou en totalité. Et tous ces effets, si contraires au but qu'on se propose, dépendent plutôt de quelque langueur, que d'une activité trop grande dans la circulation du lambeau ; de ce qu'il reçoit trop peu de sang que de ce qu'il en reçoit une quantité trop considérable. Ainsi donc, après le choix fait de la partie vers laquelle il convient le mieux de prendre un lambeau autoplastique, il serait déraisonnable d'y renoncer parce qu'on ne pourrait pas

éviter de comprendre dans ce lambeau une branche artérielle d'un certain calibre.

8° Quelle que soit la suture qu'on ait par avance décidé d'employer pour maintenir en place un ou plusieurs lambeaux, il est une précaution importante à prendre, c'est de ménager les parties en pratiquant les points de la suture ; c'est de ne pas faire ceux-ci en trop grand nombre, ou, s'il faut les multiplier, de ne pas faire des piqûres trop fortes. Il faut employer des fils d'un médiocre volume pour la suture simple, et des épingles petites également pour la suture entortillée, surtout s'il s'agit de réunir un lambeau peu étendu et d'une épaisseur peu considérable. C'est une bonne idée que celle qu'on a eue de diminuer le plus possible la grosseur des épingles ou des aiguilles pour la suture entortillée, à quelque opération qu'elle se rapporte, même de substituer cette suture à la suture simple toutes les fois qu'elle est praticable ; on a bien fait aussi d'y affecter des épingles à insectes ou des aiguilles ordinaires très fines toutes les fois que la résistance ou l'épaisseur des tissus n'oblige pas à faire usage de verges métalliques d'un diamètre plus considérable.

9° Vient ensuite la manière de diriger le travail de la nature après une autoplastie quelconque. Les règles à observer se réduisent à un très petit nombre, celles du moins que je puis exposer ici ; car, bien qu'il s'agisse toujours d'un travail de réunion, ce travail ne s'accomplit pas de la même manière dans toutes les autoplasties. La nature n'y procède pas partout avec la même facilité, ni avec la même promptitude. On pourrait dire que pour les suites, comme pour ce en quoi elle a consisté primitive-

ment, chaque autoplastie a un caractère particulier. Voyez, quatre ou cinq jours suffisent pour la réunion d'un bec-de-lièvre; il en faut de quinze à vingt, et quelquefois même plus, pour une entière consolidation du périnée. Dans quelques cas on peut laisser les points de suture cinq, six ou huit jours à peu près impunément, ou plutôt il faut les laisser séjourner tout ce temps-là; je ne me hasarderais pas, au contraire, à retirer les fils plus tard qu'à la fin du quatrième jour après une staphyloraphie, et presque toujours, si j'en ai placé trois, j'en retire un ou deux à la fin du troisième jour.

10° Je veux y toucher; mais il n'est guère possible d'embrasser dans un coup d'œil général toutes les complications qui peuvent se manifester, tous les accidents qui peuvent survenir, comme aussi tous les moyens d'y parer ou de les combattre. Il y en a peut-être bien plus qui sont propres à chaque autoplastie en particulier, ou même à tel ou tel des procédés, qu'il n'y en a qui sont communs à toutes; et peut-être est-il vrai de dire que chacun de ceux-ci emprunte un caractère particulier du genre même de l'autoplastie à laquelle il succède. Cela est certain au moins pour l'inflammation quand elle vient à se déclarer au delà du degré nécessaire à l'adhésion des parties qui ont été réunies. Par exemple, celle qu'on a à redouter après la suture du voile du palais est remarquable par cette circonstance, qu'elle donne lieu à la production abondante d'une matière glutineuse, non seulement entre les bords de la division, mais encore sur toute la surface du voile du palais: c'est comme s'il s'agissait d'une angine pseudo-membraneuse. L'inflammation qui suit dans cer-

tains cas la suture du périnée est plutôt phlegmoneuse, et tend à se terminer par une suppuration plus ou moins abondante dans le tissu cellulaire des grandes lèvres et de toute la région périnéale. Après une blépharoplastie, l'inflammation, si elle se développe avec un certain degré d'intensité, prend facilement le caractère d'une conjonctivite, qui des paupières peut se communiquer à l'œil, particulièrement à la cornée transparente, et entraîner la perte de l'organe. Tantôt aussi il n'y a rien à changer à ce qui a été fait, dans le but de conjurer l'orage et de calmer les accidents inflammatoires : on ne pourrait pas toucher à la suture, à moins de la détruire complétement; il faut attendre l'événement. Quelquefois, au contraire, il y a possibilité de relâcher un peu les points de suture, et il faut le faire quand il y a lieu de présumer qu'ils exercent une traction ou une constriction trop forte; ce qui n'empêche pas d'ailleurs de faire intervenir les autres moyens locaux ou généraux propres à combattre une inflammation qui menace d'être violente.

11° Et après même que le but principal a été atteint, il y a pour quelques autoplasties des soins ultérieurs que les autres ne réclament pas : tel, en particulier, celui qu'il faut avoir de séparer un lambeau des parties auxquelles il avait été laissé adhérent par une base étroite ou par un pédicule. Cela ne concerne toutefois que les cas dans lesquels on a dû faire éprouver à ce lambeau un déplacement considérable, quand on l'a fait pivoter, et que ce pédicule a subi une sorte de torsion. Il n'y a rien à faire quand il a été simplement éloigné de sa place naturelle, incliné dans tel sens ou dans tel autre, quand l'autoplastie a eu lieu

par glissement. Ici, en effet, les choses se passent comme si la réparation avait eu lieu par un simple rapprochement de parties avec ou sans extension forcée, avec ou sans débridement, ou, comme on pourrait dire encore, avec ou sans allongement artificiel : tout est accompli une fois que l'adhésion entreprise a eu lieu. Soit donc un cas dans lequel il y a à diviser le pédicule d'un lambeau autoplastique, plus ou moins contourné sur lui-même ; la nécessité n'est jamais plus grande qu'après la rhinoplastie par la méthode indienne, ou bien encore après l'autoplastie appliquée comme moyen d'oblitérer les fistules vésico-vaginales suivant la première méthode proposée par M. Jobert. Eh bien, dans ces cas, comme dans tous autres analogues, on ne coupe pas immédiatement le pédicule du lambeau ; on veut assurer la conservation du lambeau lui-même. Mais un moment vient où ce lambeau adhère parfaitement aux parties sur lesquelles il a été appliqué ; il est rentré dans la vie commune ; le sang le pénètre par tous les points de sa circonférence, même par sa surface profonde, quand cette surface était à l'état de cruentation et qu'elle a été mise en contact avec une autre surface également avivée de fraîche date : alors on divise le pédicule pour qu'il ne soit plus tiraillé, distendu, pour que le lambeau puisse suivre tous les mouvements de la partie sur laquelle il a été ajusté, pour faire disparaître autant que possible le relief, la saillie que forme le pédicule lui-même en conséquence de la torsion qu'il a éprouvée. Il y a une époque qui est la plus convenable pour opérer cette séparation secondaire ; ou plutôt, il n'y a pas d'inconvénients réels à temporiser ; il y en aurait, au contraire, à trop se hâter : il faut attendre au moins le moment

où la greffe du lambeau est parfaitement accomplie, où ce lambeau peut continuer à vivre sans le secours des vaisseaux qui lui étaient propres, où sa circulation est identifiée avec celle des parties sur lesquelles il a été enté. Du reste, tantôt il suffit de couper simplement le pédicule, je veux dire de le diviser seulement dans toute son épaisseur, pour que la difformité diminue par le seul fait de la rétraction des tissus ; tantôt, au contraire, il y a nécessité d'en enlever une portion, de lui faire éprouver une perte de substance réelle, ce qui produit une plaie, ou superficielle, ou profonde, qui doit guérir par cicatrisation.

12° N'ai-je pas dit précédemment que toute autoplastie avec transplantation d'un lambeau laisse une plaie qui confine plus ou moins avec la partie actuellement occupée par ce lambeau ? Eh bien ! selon que les tissus circonvoisins ont ou n'ont pas une grande extensibilité, on peut tenter de réunir cette plaie, ou bien il faut l'abandonner à elle-même et commettre à la nature le soin d'en opérer la cicatrisation. Quand il y a possibilité de combler le vide laissé par l'emprunt qui a été fait, c'est un avantage dont il faut profiter. il y aura moins de traces du dégât qu'on a causé ; on obtiendra une guérison plus prompte, et quelquefois ce sera un moyen de lutter contre la tendance qu'un lambeau autoplastique pourrait avoir à reprendre sa place primitive.

13° Mais, que dis-je ? il y a des autoplasties ou des restaurations d'organes dans lesquelles la réunion immédiate ou instantanée de la plaie qui résulte de la formation et de l'éloignement du lambeau est chose obligée : elle fait partie essentielle de la manœuvre opératoire ; sans cette

réunion il n'y aurait pas de succès possible. Par exemple, dans un éraillement de l'une des paupières supérieure ou inférieure par rétraction ou destruction d'une partie de la couche cutanée, on veut agrandir cette couche cutanée, et redresser le bord libre de la paupière ; on veut ramener ce bord à la place qu'il doit occuper naturellement, autrement que par la transposition d'un lambeau de peau emprunté aux parties voisines entre les bords d'une incision horizontale faite à la paupière : eh bien ! on taille sur cette paupière un lambeau triangulaire dont la base correspond au bord libre, et qui embrasse en partie ou en totalité la cicatrice difforme. C'est la peau seule qui forme ce lambeau. On le fait très long, on le dissèque du sommet à la base ; une fois disséqué, il remonte ou descend, selon qu'il s'agit de la paupière inférieure ou de la supérieure ; le bord libre de la paupière affectée reprend plus ou moins parfaitement sa rectitude naturelle. Si les choses étaient laissées en cet état, le lambeau serait attiré par le travail de cicatrisation de la plaie, là où adhérait la portion de téguments dont il est formé ; et la difformité renaîtrait, peut-être même plus grande qu'elle n'était dans le principe : car dans tout travail de suppuration il y a destruction d'une partie des tissus qui en sont le siége ; ces tissus éprouvent une déperdition plus ou moins appréciable. Mais, à partir du sommet ou de l'angle rentrant par lequel la plaie finit à l'opposite du bord libre de la paupière qui était éraillée, rapprochez-en les bords ; que cette plaie soit réunie autant et aussi loin que l'extensibilité des tissus environnants pourra le permettre ; faites même, s'il le faut, une incision verticale de chaque côté, à quelque distance

pour relâcher la peau · la plaie étant ainsi réunie, ne serait-ce que dans l'étendue de quelques lignes, il y a impossibilité que le lambeau reprenne la place qu'il occupait. Il reste là où il a été porté par la dissection, et c'est par ce lambeau lui-même que la paupière est plus ou moins parfaitement reconstituée. Ici donc, comme on le voit, la réunion immédiate de la plaie provenant de la formation d'un lambeau fait partie intégrante et nécessaire de l'opération elle-même. C'est un des procédés pour la restauration des paupières dans les cas d'ectropion ou d'éraillement; c'est celui qui a été institué par M. Riberi, de Turin.

Maintenant que j'ai tracé ces règles générales sur les restaurations d'organes, permettez-moi, mon cher ami, d'y joindre un petit commentaire de la pensée par laquelle je suis entré en matière, et quelques remarques historiques. J'aurais pu m'en dispenser si j'écrivais pour vous seul; ce que je vais exposer vous est bien connu. Mais j'aurai probablement d'autres lecteurs, parmi lesquels il s'en trouvera qui ne sauront pas aussi bien, et qui n'apprendront pas sans intérêt par quelles vicissitudes, et aussi par quels efforts successifs la chirurgie a pris le caractère qu'elle présente de nos jours, en ce qui touche cet ordre de choses.

Oui, sans doute, nous modernes, nous pouvons nous enorgueillir de quelques brillantes conquêtes ou de grands perfectionnements en ce genre. De combien de procédés nouveaux, ou même d'opérations tout à fait nouvelles, l'art ne s'est-il point enrichi depuis vingt-cinq ou trente ans! Que de choses nous sont devenues fami-

lières, qui étaient inconnues aux chirurgiens du commencement du siècle qui s'écoule, ou qui, bien que déjà instituées, avaient été complétement dédaignées par eux! Cependant, dans cette extension si grande que la chirurgie restauratrice a prise, tout n'est pas nouveau; je viens de le faire pressentir : certaines opérations qui s'y rattachent ont été seulement tirées de l'oubli dans lequel elles étaient tombées; et, d'un autre côté, dans ce qui est innovation réelle, création proprement dite, il y a eu imitation de ce qui était fait depuis longtemps pour quelques organes. La même pensée qui avait présidé aux entreprises anciennes a fait germer les entreprises nouvelles; ce sont les mêmes procédés qui ont été mis en usage. Seulement on a affronté des difficultés qui avaient semblé inabordables, et le succès a répondu aux espérances qu'on avait conçues.

Ce qui étonne le plus, quand on réfléchit aux phases que la chirurgie restauratrice a parcourues, c'est qu'elle ait en quelque sorte pris naissance chez des peuples presque barbares, et dans des temps peu propres, à ce qu'il semble, à faire naître des inspirations heureuses en ce genre; c'est, et plus encore, que réduite pendant des siècles à l'opération du bec-de-lièvre presque exclusivement, et encore dans les cas simples, elle se soit ensuite et tout d'abord élevée à une si grande hauteur, au moins sous le rapport du procédé opératoire. Quoi de plus ingénieux à la fois, et de plus hardi, en effet, que le projet de refaire un nez qui manque, en partie ou en totalité, aux dépens des parties molles du front; que de tailler là un lambeau triangulaire qui, laissé adhérent en bas par son

sommet, est ensuite entraîné par un mouvement demi-circulaire, et à la faveur d'une sorte de torsion de son pédicule, jusque sur le milieu de la face, pour être appliqué sur la double entrée des narines, dont les bords ont été mis à l'état sanglant? Ainsi furent pratiquées les premières rhinoplasties chez les Indiens. En souvenir du procédé institué par eux pour la restauration du nez, l'usage s'est introduit, et de nos jours l'habitude est prise d'appeler du nom de *méthode indienne* toute autoplastie dans laquelle il y a transplantation d'un lambeau emprunté aux parties voisines de celle qu'on a l'intention de réparer, surtout quand on fait pivoter ce lambeau sur lui-même.

Les Indiens ont-ils pratiqué aussi la restauration des paupières, des lèvres, des joues, des oreilles? C'est ce qu'on ne sait pas positivement. S'ils ne l'ont pas fait, il y a lieu d'en être surpris; la rhinoplastie devait conduire à toutes ces autres restaurations. Il est certain, au moins, que dans nos temps modernes elle en a été comme la souche; elle a servi de point de départ pour presque tout ce qui a été fait en ce genre de choses. Mais peut-être avons-nous seulement donné une nouvelle vie à ce qui déjà avait existé, sans qu'on en ait eu jamais connaissance.

La rhinoplastie elle-même, tout ingénieuse, tout importante qu'elle soit en elle-même, et bien que destinée à corriger l'une des difformités les plus choquantes, n'avait jamais joui d'une grande faveur. Elle avait reçu un éclat passager d'un procédé nouveau imaginé en Italie par Branca, et tant préconisé par Tagliacozzi, dont il porte le nom; mais elle était retombée dans l'oubli, ou n'avait été

pratiquée que de loin en loin, un petit nombre de fois, tantôt par cette méthode italienne, tantôt par la méthode indienne, lorsque, il y a quelque trente ans, elle fut de nouveau préconisée par un chirurgien anglais. Ce chirurgien, M. Carpue, n'a guère acquis d'autres droits à la renommée, et malgré les efforts qu'il a pu faire, malgré ceux de Dieffenbach, la rhinoplastie ne semble pas destinée à prendre rang parmi les opérations très ordinaires de la chirurgie. C'est une des restaurations les moins utiles; elle est bien compliquée pour le bénéfice qu'elle procure: on peut, non pas, il est vrai, refaire l'organe qui manque, mais déguiser la difformité que cause la destruction du nez par une simple prothèse qui dispense d'un moyen cruel, et qui ne compromet pas la vie. Je ne pense pas, cependant, qu'elle doive être abandonnée complétement. Quelques cas se présentent dans lesquels on peut y recourir avec quelque avantage. Je l'ai faite quelquefois déjà, ainsi que je vous le dirai bientôt plus particulièrement, sans m'être repenti de l'avoir conseillée, ou d'avoir cédé au désir des malades.

Mais en essayant de faire revivre la rhinoplastie, M. Carpue a, sans l'avoir voulu, donné à la chirurgie restauratrice une impulsion qui ne s'est point encore ralentie, et qui chaque jour produit encore de nouveaux résultats. Peut-être aussi que le moment était arrivé où, pour ce qui concerne la restauration ou la reconfection de nos organes, la chirurgie devait prendre un nouvel essor. Certes, il ne serait pas déraisonnable de supposer que le retour à la rhinoplastie n'a été que l'annonce ou le signal de cette disposition d'esprit qui a porte presque à la même

époque tant de chirurgiens à rivaliser de zèle pour étendre l'art de réparer les difformités. Que de choses ont été ou tout à fait créées, ou portées à une admirable, à une étonnante perfection ! Que de conquêtes réelles depuis vingt-cinq ou trente ans seulement ! Pour être juste cependant, il ne faut pas oublier que, bien avant ce temps, déjà notre Chopart avait proposé de reconstituer la lèvre inférieure après qu'elle a été enlevée par un cancer très étendu, en amenant au-devant de la mâchoire inférieure un lambeau des téguments de la région sus-hyoïdienne du cou, et que lui-même avait mis ce projet à exécution. Mais combien d'autres procédés de chéiloplastie sont venus se placer à côté de celui-là !

Presque à la même époque aussi, deux autres chirurgiens français, Noël et Saucerotte, n'avaient-ils pas eu, chacun séparément, la première pensée de la périnéoraphie ? Pour remettre cette opération en honneur, et pour la rendre d'un succès presque certain, tandis qu'après eux on avait cru devoir l'abandonner, il m'a fallu seulement aviser à un procédé différent de celui que ces deux chirurgiens avaient mis en pratique : c'est le seul mérite que je puisse m'attribuer, après la pensée d'essayer de nouveau une restauration qu'on croyait ne devoir jamais réussir. Et, en scrutant avec soin les archives de la science, ne trouve-t-on pas quelques indices de tentatives faites pour réparer les divisions natives de la voûte et du voile du palais ? Déjà Jourdain avait proposé de provoquer le rapprochement des deux parties de la voûte par une double compression exercée sur les côtés de l'arcade alvéolaire : d'une autre part, je consens volontiers, ou je ne répugne point à voir

une véritable staphyloraphie dans une opération pratiquée par un dentiste habile du milieu du siècle dernier, qui avait nom Lemonnier, opération dont les détails sont rapportés, un peu vaguement toutefois, dans un ouvrage obscur qui a pour titre : *Traité des principaux objets de médecine*, par Rebert. Il est question d'un enfant, d'un palais fendu depuis le voile jusqu'aux dents incisives, d'un avivement des bords de la fente, d'une suture et d'un rapprochement qui fut suivi de la guérison. Tout cela est assez positif, comme le dit très bien M. Velpeau dans sa *Médecine opératoire;* et soit qu'on ait agi sur la voûte palatine, soit, comme cela est plus vraisemblable, que l'opération ait été pratiquée sur le voile du palais, il y aurait là le germe de la staphyloraphie, ou plutôt c'est la staphyloraphie elle-même, sur laquelle avait été jeté le voile de l'oubli.

Ainsi donc, quelques unes au moins de ce que nous appelons les autoplasties, ou les restaurations d'organes, avaient vu le jour; elles avaient été essayées, mais timidement, et bientôt abandonnées. Toutes les premières tentatives dont je viens de parler ont été comme autant de germes qui ont eu besoin d'une nouvelle fécondation, et qui, vivifiés de nouveau, devaient se développer eux-mêmes et faire éclore d'autres productions.

Vous le voyez, elles appartiennent toutes à la chirurgie française. Le sol qui les a vues naître, plus tard n'a pas été stérile. Pardonnez-moi ce petit sentiment d'orgueil national : de tous les derniers travaux par lesquels s'est agrandie la chirurgie restauratrice, de toutes les opérations nouvelles qui ont pour but de ramener à leur état normal

certains organes affectés de telle ou telle autre difformité, d'en rétablir la continuité, quelquefois même de réparer des pertes de substance en ajoutant à des parties ce qui leur manque, ou ce qui paraît leur manquer, un bon nombre ne sont-ils pas d'origine française? En parcourant les principales restaurations d'organes, celles dont on s'est le plus occupé, on voit le nom de quelque chirurgien de notre nation attaché à tel ou tel des perfectionnements qu'elles ont subis, ou même à l'invention de plusieurs d'entre elles : c'est Delpech pour la rhinoplastie; c'est M. Serre, de Montpellier, pour la génoplastie et la chéiloplastie; c'est M. Velpeau pour l'obturation des ouvertures fistuleuses de la trachée-artère ou du larynx; c'est M. Lallemand, c'est M. Jobert, c'est M. Gerdy, pour la restauration du vagin et de la vessie dans les cas de fistules vésico-vaginales chez la femme; c'est mon homonyme, M. Roux, de Saint-Maximin, encore pour la chéiloplastie, etc.

Mais à l'Angleterre, mais à l'Italie, mais à l'Allemagne revient aussi une bonne part dans toutes ces conquêtes de la chirurgie moderne; à l'Allemagne particulièrement, qui peut être fière avec raison de ce qu'ont fait sous ce rapport, et Graefe, et Dieffenbach. Quelques chirurgiens américains ont eux-mêmes paru dans ce mouvement progressif de la chirurgie réparatrice. Il n'y a pas jusqu'à l'Espagne, nation si intelligente, mais jusqu'à présent si froide et si indifférente à l'endroit des conquêtes de la chirurgie, qui n'ait aussi payé son tribut. Je lisais dernièrement avec intérêt des observations et des considérations pratiques sur la blépharoplastie, publiées par M. Hyzern,

très habile chirurgien de Madrid, dont les efforts, joints à ceux de quelques autres hommes formés comme lui à l'école de Paris, tels que MM. Tocca, Sahora, etc., ne tarderont pas à donner de l'éclat et de la renommée au grand hôpital et au collége Saint-Charles de Madrid.

Chose singulière! quelques unes des plus belles et des plus heureuses conquêtes de la chirurgie restauratrice ont une double origine : elles ont vu le jour deux fois presque en même temps, dans des pays différents; elles ont germé presque au même moment dans l'esprit d'hommes différents, qui n'avaient pu s'entre-communiquer leurs pensées. Ainsi en a-t-il été pour la staphyloraphie, créée derechef par M. Graefe, de Berlin, et par moi; ainsi encore pour la périnéoraphie, à laquelle songeaient M. Montain, à Lyon, et M. Dieffenbach, à Berlin, presque en même temps que je m'en occupais moi-même, et qu'elle devenait dans mes mains une opération d'un succès assuré dans le plus grand nombre des cas, par la seule substitution de la suture enchevillée à la suture entortillée. Au reste, c'est ce qui a eu lieu pour beaucoup de découvertes ou d'inventions dans les sciences, dans les arts : on dirait que les progrès de l'esprit humain sont soumis à de certaines lois, et que, pour chaque invention ou pour chaque découverte, il y a un temps, une époque, un moment où elle doit éclore pour ainsi dire infailliblement.

Peut-être m'est-il permis de dire que, dans ce champ si ardemment et si heureusement cultivé des organoplasties, je n'ai pas été simple spectateur et témoin oisif des la beurs d'autrui. Peut-être pensez-vous, mon cher ami, que j'en ai remué certaines parties avec quelque bonheur;

peut-être même vous semble-t-il que j'ai quelque peu contribué à donner l'impulsion. Et en effet, à l'exception de la rhinoplastie et de la suture de la lèvre dans le bec-de-lièvre congénial, presque tout était à faire ; on n'avait encore presque rien tenté, en fait de restauration des parties molles ou superficielles ou profondes de la face, avant mes premières staphyloraphies, avant quelques cas de reconstruction des lèvres et des joues que je vais bientôt vous faire connaître en détail. Mais il ne m'appartient pas de déterminer au juste ce qui me revient dans cette partie des acquisitions modernes de la chirurgie. Je n'écris point une histoire des progrès de l'art, dans laquelle je devrais me montrer ou juste ou sévère envers moi-même, pour avoir le droit de l'être envers les autres. Je ne compose pas non plus un de ces ouvrages didactiques dans lesquels il peut y avoir nécessité de discuter l'origine des notions ou des faits qui doivent entrer dans l'histoire de chaque chose. Non, et je dois le dire encore au moment où je vais commencer une première exposition des résultats de mon expérience personnelle, ce qu'il faut s'attendre à trouver ici, ce que je veux seulement y déposer, c'est ce que j'ai vu, c'est ce que j'ai fait. Mon ouvrage est comme un navire qu'un armateur aurait chargé des seuls produits de son sol et de son industrie.

LETTRE TROISIÈME.

BLÉPHAROPLASTIE ; RHINOPLASTIE ; GÉNOPLASTIE ; CHÉILOPLASTIE.

I.

Besoin était, mon cher Lawrence, que j'exposasse les vues générales qui précèdent sur les autoplasties considérées dans leur ensemble, et dans ce qu'elles ont de commun, avant de mettre en œuvre les faits qui concernent chacune d'elles en particulier. Je me trouve ainsi dispensé de certains détails, très convenables peut-être dans un ouvrage didactique, mais qui seraient tout à fait superflus, ou hors de place, dans un travail du genre de celui que j'ai entrepris. Surtout j'évite des répétitions qui, en allongeant ce travail, en auraient éloigné le terme sans avantage aucun pour le but que je me suis proposé.

Je commence par les restaurations diverses de la face. C'est au visage que se présentent les occasions les plus communes d'appliquer les ressources de la chirurgie restauratrice ou autoplastique. C'est là aussi que les résultats qu'on obtient sont à la fois les plus brillants et les plus utiles ; brillants, puisque par eux disparaissent des difformités désagréables, quelquefois même repoussantes ; utiles, puisque dans chaque cas en particulier il y a rétablissement d'une fonction qui était suspendue, ou tout au moins dérangée, par le fait même de la difformité à laquelle

on a remédié. Ainsi l'olfaction recouvre-t-elle son intégrité naturelle après la rhinoplastie. Ainsi par la blépharoplastie, l'œil est-il rendu plus habile à la vision en même temps qu'il est de nouveau protégé contre certaines injures des corps extérieurs. Ainsi, de la restauration d'une joue ou des lèvres, surtout dans les cas où ces parties étaient le siége d'une perte de substance un peu étendue, résultent la conservation de la salive dans la bouche, et de nouveau une mastication facile, sans compter ce que peuvent gagner les autres actions auxquelles la joue et les lèvres concourent.

Pour arriver à ces résultats, il y a parfois de grandes difficultés à vaincre. Et pourtant où trouve-t-on réunies comme au visage tant de dispositions organiques favorable à la fois pour la manœuvre opératoire et pour le succès des entreprises les plus hardies? Ne semble-t-il pas que la face, et toutes les parties qui confinent plus ou moins immédiatement avec cette région aient été organisées comme pour y rendre plus facilement applicables, et applicables avec espoir de succès, les procédés autoplastiques? Du moins, et sans supposer ici une prévoyance qui ne pouvait entrer dans le plan de la nature, on peut dire que l'art a su utiliser d'heureuses particularités d'organisation. Voyez; presque partout, les parties molles du visage jouissent d'une grande souplesse, d'une grande extensibilité, et se prêtent à éprouver un grand allongement, ou même un déplacement véritable : partout, elles sont pourvues de beaucoup de vaisseaux, de beaucoup de nerfs; elles sont animées d'une grande puissance vitale; la circulation s'y fait avec une grande activité. Si ce n'est dans deux ou trois

points très limités où elle est très mince, la peau présente une épaisseur moyenne qui permettrait de l'employer seule à former des lambeaux autoplastiques. D'un autre côté, presque partout des muscles la doublent, y adhèrent intimement, lui forment comme une sorte de panniculе charnu; car c'est elle que ces muscles sont destinés à faire mouvoir: ces muscles peuvent donc entrer dans la composition des lambeaux, quand il faut donner à ceux-ci une grande épaisseur; et soit qu'il faille transplanter des lambeaux, soit qu'il y ait à réunir de simples plaies, la coaptation est établie entre des surfaces larges, elles-mêmes formées de parties qui sont étroitement unies les unes aux autres.

II.

Déformations diverses et restauration du pavillon de l'oreille.

On n'a jamais pensé, je le crois du moins, à refaire le pavillon de l'oreille détruit ou enlevé complétement. En effet, où prendrait-on toute la peau qui serait nécessaire pour former cette sorte de conque? Comment pourrait-on transformer un lambeau pris sur une région voisine en un pli libre sur ses deux surfaces et adhérent par une partie seulement de sa circonférence? Comment donnerait-on à ce repli la fermeté et l'espèce de rénitence que le pavillon doit au fibro-cartilage qui entre dans sa composition? Comment lui donnerait-on des bords gracieusement contournés, comme ceux que présente la conque? Comment ferait-on pour que ses surfaces, la surface externe particulièrement, présentassent des reliefs, des anfractuosités?

On ne pourrait avoir qu'un simulacre de pavillon, qu'une partie informe vicieusement configurée. Mieux vaut mille fois corriger la difformité par l'application d'une conque artificielle coloriée de manière à imiter la teinte naturelle de la peau, et formée d'une substance qui soit de nature à augmenter l'intensité des sons en les réfléchissant.

Mais rien n'empêcherait de tenter le recollement et l'adhésion nouvelle du pavillon dans un cas où il viendrait d'être détaché de la région temporale par un instrument tranchant, et où il en serait séparé presque complétement, ou même complétement. La seule occurrence fâcheuse serait que la réunion ne se fît pas et que le pavillon se sphacélât. Mais on peut aussi non seulement, réunir toutes les simples plaies récentes de la conque, avec la suture ou sans la suture, comme celles de toutes les autres parties du corps, mais encore faire disparaître des divisions anciennes, dont les bords se sont cicatrisés isolément. Bien entendu que de telles divisions doivent être ramenées aux conditions de plaies récentes par l'avivement de leurs bords. Cela peut être fait sur toutes les parties de la circonférence de la conque. On a dû le faire bien souvent pour les fentes du lobule auxquelles expose l'usage de bijoux trop pesants, ou qu'on a vu quelquefois résulter de tractions très fortes exercées sur l'oreille au moyen des anneaux qui y étaient suspendus. Pour mon compte, j'ai eu trois ou quatre occasions de réparer des déformations du lobe de l'oreille qui avaient l'une et l'autre origine. Trois ou quatre fois pareillement j'ai fait disparaître de semblables mutilations qui avaient leur siége sur d'autres parties de la conque. Dans un de ces derniers cas même, ce n'était pas

d'une simple division qu'il s'agissait, il y avait division avec perte de substance; et je suis parvenu à redonner au pavillon, à très peu près, sa conformation naturelle : mais il était plus petit que celui du côté opposé.

III.

Déformations diverses et restauration des paupières; blépharoraphie et blépharoplastie.

J'accepte volontiers le mot de blépharoplastie par lequel on a désigné, depuis quelques années, l'opération qui a pour but de rendre à l'une ou à l'autre paupière sa forme et ses dimensions naturelles, quand les dimensions et la forme en sont changées par le fait d'une perte de substance, quand dès lors il y a à réparer cette perte de substance. Mais je ne voudrais pas qu'il impliquât l'idée d'une opération unique, constamment régulière, soumise à des règles fixes, et susceptible d'une application à peu près uniforme dans les différents cas auxquels elle se rapporte. Tel n'est pas, à beaucoup près, le caractère de la blépharoplastie. Loin de là; c'est peut-être, de toutes les opérations du même genre, la moins semblable à elle-même dans les diverses circonstances qui la nécessitent, celle qui comporte le plus de variétés dans la manière d'y procéder. Peut-être n'a-t-elle jamais été pratiquée deux fois de la même façon : c'est d'elle qu'il faut dire, plus que de toute autre, que, dans chaque tentative nouvelle, il y a à changer, à modifier ce qui a été fait dans d'autres circonstances à peu près analogues, et en quelque sorte à créer de nouveau.

Et d'abord, tantôt on a à réparer une difformité qui est constituée depuis longtemps, et d'autres fois, au contraire, c'est sur une plaie récente qu'il faut agir. Le plus ordinairement même cette plaie a été faite, ou vient d'être faite par la main du chirurgien. C'est ce qui a lieu lors de l'ablation de certaines tumeurs qui avaient envahi, et cela dans une étendue plus ou moins considérable, toute l'épaisseur de l'une ou de l'autre paupière, ou même des deux.

Puis, ce n'est pas toujours dans le même sens que la restauration est à faire. Quelquefois c'est dans le sens transversal; c'est dans leur longueur, ou ce qu'on peut appeler leur diamètre horizontal, que l'une ou l'autre paupière, ou toutes les deux, ont éprouvé une perte de substance, ou qu'elles sont le siége d'une division avec écartement des bords. Celle-ci est donc verticale ; et c'est tantôt au milieu, tantôt vers les extrémités, aux angles, soit en dehors, soit en dedans, vers l'angle externe ou vers l'angle interne, que manque une partie de la paupière.

Dans d'autres cas, au contraire, rien ne manque à la paupière ou aux paupières dans le sens de leur longueur; que dis-je? il y a élongation du bord libre, qui même, au lieu d'être droit, présente une courbure insolite : c'est la hauteur qui a diminué. C'est dans ce dernier sens qu'a eu lieu une perte de substance, soit de la couche cutanée seulement, soit de la peau et d'une partie des tissus qui lui sont sous-jacents. Dans les cas de cette sorte, la paupière affectée est comme rétractée dans le sens vertical, en même temps qu'elle est maintenue immobile loin de

la place qu'elle devrait occuper, et qu'elle occupe quand l'œil est clos. Le clignotement ne se fait plus qu'à demi; il n'a plus lieu que par le mouvement de la seule paupière qui est saine. Bien souvent il y a procidence; boursouflement de la conjonctive palpébrale, qui, dans tous les cas, est à découvert et continuellement exposée à l'impression de l'air et des corps extérieurs. Tout cela constitue ce que, pour la paupière inférieure, on nomme *ectropion* ou éraillement, et ce qui, pour la paupière supérieure, a reçu le nom de *lagophthalmie*.

Il est remarquable que la lagophthalmie existe bien plus souvent que l'ectropion de la paupière inférieure sans boursouflement, sans hypertrophie de la membrane muqueuse. Cela tient en partie à la différence de hauteur des deux paupières, mais bien plus encore à ce que la paupière supérieure est pourvue d'un muscle élévateur; car si ce muscle est conservé lorsqu'une cause quelconque entraîne le retrait du bord libre de la paupière vers la base de l'orbite, s'il peut agir encore, il doit jusqu'à un certain point mettre obstacle au renversement de ce bord libre. Il faut ajouter qu'à cette paupière supérieure la conjonctive étant, plus qu'à la paupière inférieure, assez intimement unie aux autres couches membraneuses sous lesquelles elle est placée, le dédoublement est plus difficile; et c'est une sorte de dédoublement qui a lieu quand, pour l'une comme pour l'autre paupière affectée d'un ectropion, la conjonctive se montre à découvert et plus ou moins tuméfiée.

Et pour l'ectropion proprement dit, j'entends pour celui de la paupière inférieure, comme pour la lagophthalmie,

que de variétés, ou plutôt que de nuances quant au degré de la déformation que la paupière a éprouvée! Il n'y a pas jusqu'à l'état des parties circonvoisines de la paupière affectée qui ne puisse imprimer un caractère particulier à la déformation elle-même, qui ne soit une source de variétés dans les cas pour lesquels on peut songer à entreprendre une blépharoplastie, et qui ne puisse modifier l'indication, ou, plus encore, la manière de procéder à l'opération. Tantôt ces parties circonvoisines sont dans l'état normal, malgré le changement que la paupière a subi : nonobstant la circonstance qui a fait naître ce changement, elles ont conservé leur intégrité naturelle, surtout leur souplesse, leur extensibilité : s'il doit leur être fait quelque emprunt, rien n'enchaînera la main du chirurgien ; il aura toute latitude pour agir de la manière la mieux appropriée au caractère, aux dispositions propres de la difformité qu'il s'agit de réparer. D'autres fois, au contraire, il y a altération de la peau dans le voisinage de la paupière déformée; et cette altération peut être légère, et aussi très limitée, c'est-à-dire exister sur tel point ou sur tel autre seulement, comme elle peut être très forte et aussi étendue que possible. Ce sont toujours des cicatrices continues à celle dont la paupière elle-même est le siége, développées sous l'influence de la même cause, en conséquence du même accident, ainsi qu'on le voit à la suite de certaines brûlures du visage, ou bien consécutivement à des affections gangréneuses, à des blessures, à de grandes ulcérations, etc., etc. Elles sont quelquefois si étendues, si fortes, si inégales, si adhérentes aux tissus qui leur sont sous-jacents, qu'on ne peut en tirer au-

cun parti : elles mettent obstacle à toute tentative de restauration. Alors qu'elles sont plus limitées et moins désavantageusement constituées, elles embarrassent encore, obligent à l'emploi de procédés qu'on voudrait pouvoir éviter; et toujours fâcheuse est la nécessité où l'on peut être, dans les autoplasties avec emprunt fait aux parties voisines, d'entamer des tissus cicatriciels, de les faire servir à reconstituer une partie.

Le dirai-je à cette occasion? quelque part que ce soit, le tissu cicatriciel n'a pas la même contexture que la peau dont il tient lieu; il est plus ferme, plus dense, plus serré; il est moins pourvu de vaisseaux, il a moins de vitalité; et pourtant, s'il vient à être divisé, il s'enflamme facilement; et, par l'inflammation, il se ramollit promptement. A cause de cela, il supporte moins bien que la peau l'action des fils, des aiguilles, quand il fait partie d'une plaie qui a été réunie par la suture : l'inflammation purement adhésive ne s'y établit pas aussi franchement, n'y marche pas aussi régulièrement que dans la peau; ce qui rend toujours incertaine la réunion immédiate ou la greffe d'une portion d'un tel tissu avec une portion de téguments sains.

Tant de variétés dans les mutilations, ou dans les déformations des paupières qui sont susceptibles d'être réparées, tant de variétés aussi dans les circonstances qui les accompagnent, devaient faire naître bien des procédés différents de blépharoplastie. Comment, en effet, pourrait-on appliquer un seul et même mode de restauration à des cas si divers? Nulle autre part, on n'est, autant qu'aux paupières, obligé d'imaginer quelque

chose de particulier, ou tout au moins de modifier ce qui a été fait, pour tel ou tel autre cas particulier. C'est vraiment chose difficile que de décrire avec une certaine précision les manières diverses dont on peut agir sur l'une ou sur l'autre pour les restaurer. Cela serait tout au plus convenable dans un ouvrage didactique. Franchement, d'ailleurs, je n'ai point été dans le cas de pratiquer moi-même toutes les sortes possibles de blépharoplasties. J'en ai fait quelques-unes seulement, mais assez néanmoins pour bien connaître les difficultés qu'on peut avoir à vaincre dans certains cas, pour être convaincu aussi que si l'on voulait donner des descriptions générales, avec la prétention de les faire exactes et précises, ces descriptions seraient confuses et décevantes. Permettez donc, mon cher ami, que je me borne à quelques remarques générales, et à la relation de quelques faits particuliers.

I. Ce qu'il y a de plus simple, en fait de restauration des paupières, c'est la réunion d'une fente verticale, ou le rapprochement des deux portions égales ou inégales d'une paupière divisée dans une partie seulement ou dans la totalité de sa hauteur ; et c'est ce qu'on a à faire bien plus souvent à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure. On procède comme dans l'opération si commune qu'on pratique aux lèvres dans le bec-de-lièvre congénial ou dans quelque division accidentelle, soit récente, soit ancienne, de l'une de ces parties. Pour cela, cependant, il faut que la division de la paupière soit sans perte de substance; et, alors même qu'il en est ainsi, il faut s'attendre à quelques difficultés, tant à cause de la présence du globe de l'œil,

que parce qu'il faut agir sur des parties très minces et d'une contexture délicate. Il est heureux qu'il y ait au bord libre de chaque paupière cette bande fibro-cartilagineuse que nous nommons le *cartilage tarse*, et que là on puisse toujours pratiquer un point de suture solide. La suture entortillée et la suture simple conviennent à peu près également. Pour mon compte, cependant, je préfère la suture entortillée, pour laquelle on peut se servir de ces petites épingles ordinaires connues sous le nom de *camions*, ou bien d'épingles à insectes.

Je n'ai fait que deux fois la blépharoplastie du genre dont il s'agit, ou ce que j'appellerais plus volontiers la blépharoraphie simple : dans les deux cas il y a eu consolidation de la paupière. C'était la paupière supérieure qui était le siége de la solution de continuité.

Dans l'un de ces deux cas la division de la paupière était toute récente; les bords en étaient encore sanglants. Le sujet était un jeune garçon de sept à huit ans qui, en tombant près d'un pan de bois, avait eu la paupière saisie de dessous en dessus, ou du dedans au dehors, puis transpercée et déchirée de haut en bas par un long clou à crochet qui faisait saillie sur ce pan de bois. Chose singulière, l'œil n'avait éprouvé aucune atteinte; et, ce qui n'était pas moins remarquable, c'est que, malgré la résistance qu'avait dû opposer le cartilage tarse, les bords de la division étaient nettement tranchés comme ils auraient pu l'être dans une plaie faite par un instrument tranchant. Je pratiquai seulement deux points de suture.

L'autre fois j'avais à entreprendre de faire disparaître un colobama, c'est-à-dire, une division ou fente de la

paupière qui existait depuis longtemps, et dont les bords étaient cicatrisés; elle n'était pas congéniale. Je n'ai même jamais observé de coloboma de cette dernière sorte; et, soit dit en passant, malgré ce qui a été avancé par quelques auteurs, j'ai peine à croire que l'une des deux paupières, ou la paupière supérieure, en particulier, soit susceptible d'un vice originel de conformation comparable au bec-de-lièvre de la lèvre supérieure. Dans le cas dont je parle, le coloboma avait succédé à une plaie faite par un corps contondant. On n'avait pas pu réunir cette plaie; et comme l'œil avait été lui-même entamé par le corps vulnérant, une inflammation violente s'en était emparée. Il s'était légèrement atrophié, et la cornée avait complétement perdu sa transparence naturelle. Trois ou quatre ans s'étaient écoulés depuis l'accident, lorsque je fus prié de remédier au coloboma, qui rendait impossible l'application d'un œil artificiel. Il y a de cela une quinzaine d'années : c'était en 1839. Le sujet avait alors quatorze ans. C'était une jeune demoiselle, dont je ne puis indiquer ni le nom, ni la position dans le monde, bien que je ne l'aie jamais perdue de vue entièrement, et que je sois à même de la voir quelquefois. Mais devenue dame, et placée dans un rang assez élevé, elle peut croire qu'on ignore, ou plutôt voudrait bien qu'on ignorât qu'elle fait usage d'un œil d'émail. J'ai eu à aviver les bords de la solution de continuité comme dans une opération de bec-de-lièvre, et j'ai dû mettre trois épingles pour la suture entortillée.

II. Les difficultés sont plus grandes lorsque la division est avec perte de substance. C'est ce qui a lieu après l'ablation d'une tumeur qui occupait la partie moyenne de l'une

des paupières, en s'étendant jusque sur le bord libre, ou bien après la séparation d'une escarre. Les choses étant ainsi, il y a impossibilité d'opérer par un simple rapprochement des deux parties de la paupière qui sont conservées, à cause de l'intervalle trop grand qui les sépare. D'un autre côté, on ne peut guère songer à combler le vide au moyen d'un lambeau pris soit au front, soit à la joue, selon qu'il s'agirait de la paupière supérieure ou de la paupière inférieure, et qu'on ferait pivoter sur lui-même. Il semble, du moins, qu'on n'obtiendrait de cette manière qu'une restauration bien imparfaite, pour ne pas dire très vicieuse : car une surface sanglante serait mise en contact avec l'œil ; et la base du lambeau formerait une partie du bord libre de la paupière complétement dépourvu de cils. Je ne conçois qu'un procédé méthodique et rationnel pour le cas que j'ai supposé. Il faudrait diviser la paupière par une incision verticale au niveau de la commissure externe. Cela permettrait le rapprochement immédiat des deux bords, égaux ou inégaux, réguliers ou irréguliers de la division que présente la partie moyenne. De cette manière on aura déplacé la solution de continuité, ou la mutilation de la paupière. Il s'agira ensuite de réparer cette mutilation nouvelle, moins désavantageusement située que la première, au moyen d'un emprunt fait soit à la région temporale, soit à la région malaire. Cela pourrait être fait sans délai : on pourrait attendre aussi, pour voir quel sera le résultat de la consolidation de la plaie nouvelle, soumise aux seuls soins de la nature.

III. Dans d'autres circonstances, au lieu qu'une perte de substance de l'une ou de l'autre paupière existe à la partie

moyenne, c'est tout à fait en dehors ou en dedans, au niveau de l'une ou de l'autre commissure, qu'elle a son siége. Il n'y a plus, à proprement parler, de commissure; il n'y en a réellement plus quand les deux paupières sont affectées simultanément. Il est clair qu'un tel désordre n'est réparable qu'aux dépens des parties voisines. On ne peut suppléer à ce qui manque qu'au moyen d'un lambeau emprunté soit au front, soit, et mieux en général, à la région temporale, ou bien à la région malaire de la face. Le choix du lieu où ce lambeau doit être pris, sa forme, sa grandeur, doivent varier selon les cas : pareillement la manière dont il doit être amené à la rencontre des parties auxquelles il doit être réuni par ses bords. Heureux les cas dans lesquels il n'y a à lui faire subir qu'une simple inclinaison. J'ai pu priser jusqu'à quel point cela est avantageux dans un cas assez récent où j'avais eu à faire l'ablation d'une tumeur cancéreuse qui occupait l'angle externe de l'œil, et qui anticipait notablement sur l'une et sur l'autre paupière.

Observation. — Cette tumeur se prolongeait derrière l'apophyse orbitaire externe, assez profondément même : elle devait avoir envahi la glande lacrymale; car après avoir eu enlevé toutes les parties affectées, je trouvai complétement libre la fossette que cette glande occupe, et même près de la base la paroi externe de l'orbite était dénudée. J'avais compris toute la partie extérieure de la tumeur entre deux incisions semi-elliptiques très allongées, réunies sur une ligne verticale, et j'avais été dans la nécessité de retrancher une portion de chacune des deux paupières, dont les parties conservées éprouvèrent une rétraction notable. Il fallut remplir le vide laissé par cette ablation, et chercher à rattacher les paupières à la fois l'une à

l'autre, et aux parties molles de la région temporale. Voici comment je m'y pris. Je taillai aux dépens de la peau de cette région deux lambeaux à peu près quadrilatères, qui avaient leurs bords adhérents, disposés en sens contraire, l'un en haut, l'autre en bas. Je les détachai de l'aponévrose temporale; chacun des deux fut ensuite incliné, d'arrière en avant ou de dehors en dedans, jusqu'au bord sanglant de la paupière à laquelle il devait être uni : quand je les eus fixés par plusieurs points de suture entortillée, je les réunis l'un à l'autre par leurs bords correspondants. Leur déplacement laissa sur la région temporale une plaie allongée de haut en bas, qui ne devait guérir que par cicatrisation après la reconstitution des paupières.

Ces lambeaux avaient donc été simplement inclinés dans une direction ou sur un plan horizontal, et tenaient la place de la portion de chacune des deux paupières que j'avais enlevée. Malgré le soin que j'avais pris de leur donner beaucoup de souplesse, il y eut cependant une tension très grande de l'une et de l'autre paupière, à ce point que les parties embrassées par les points de suture furent coupées au niveau de la paupière supérieure dans les premiers jours qui suivirent l'opération. Il est vrai qu'une petite hémorrhagie s'était manifestée, et que du sang s'était épanché et formé en caillot entre les paupières et l'œil ; il est vrai aussi que les paupières et les deux lambeaux étaient devenus le siége d'une inflammation assez vive, laquelle même, en se propageant à l'œil, occasionna l'opacité de la cornée. Mais les choses se passèrent tout autrement vers la paupière inférieure; les points de suture se maintinrent, l'adhésion du lambeau eut lieu, et cette paupière fut parfaitement reconstituée. Il arriva même que par le fait de la cicatrisation de la plaie de la région temporale, la paupière fut entraînée par le lambeau attiré en dehors, et se montra bientôt comme si elle n'avait éprouvé aucune perte de substance.

Tout ce que j'avais conservé de la paupière supérieure resta donc comme un lambeau flottant dont la partie qui faisait angle

avec le bord libre naturel était cicatrisée. Un moment vint où il aurait été convenable de compléter cette paupière, ou de la relier aux parties molles du front et de la région temporale : cela devait être facile ; pour cela il aurait suffi de faire descendre jusqu'au niveau du bord libre un petit lambeau triangulaire, taillé horizontalement aux dépens des parties molles qui confinaient le plus immédiatement avec la base de l'orbite. J'aurais presque garanti le succès de cette petite blépharoplastie secondaire : mais le malade, dont le domicile habituel était Besançon, et qui venait de faire un assez long séjour à Paris, où il était venu exprès avec le seul désir d'être délivré du mal dont il redoutait les progrès, se contenta du résultat que j'avais obtenu. Tout en comprenant bien ce que je voulais faire, et l'avantage qu'il y aurait pour lui à ce que la paupière supérieure fût disposée comme l'était l'inférieure, il fut dominé par l'appréhension de nouvelles souffrances, et ne put se résigner à subir une nouvelle opération, quelque légère qu'elle dût être. Il me quitta donc, en conservant à la paupière supérieure une marque trop apparente de ce qui avait été fait. Mais s'il n'y avait point eu restauration de cette paupière au moyen d'un lambeau taillé dans le sens vertical et incliné horizontalement, la même manière de procéder avait parfaitement réussi pour la paupière inférieure.

IV. Vient maintenant la blépharoplastie pour les cas dans lesquels c'est la hauteur des paupières qu'il s'agit d'augmenter. On ne peut pas refaire dans ces cas toute une paupière ; je veux dire, on ne peut pas la reproduire dans toutes ses parties constituantes. Les couches extérieures, et la peau particulièrement, sont les seules parties auxquelles on puisse ajouter ; encore faut-il pour cela que le bord libre subsiste ; car, c'est à ramener ce bord libre déformé sur la ligne qu'il devrait occuper, et qu'il n'occupe plus, c'est à lui rendre sa rectitude natu-

relle, c'est-à faire que les cils qui le garnissent puissent encore ombrager l'œil, en même temps que la paupière plus développée protégera de nouveau cet organe contre l'action des corps extérieurs, que tendent toutes les blépharoplasties de l'ordre dont il s'agit maintenant. Elles s'appliquent spécialement à l'ectropion par destruction ou par rétraction de la couche cutanée des paupières, soit à celui de la paupière inférieure, qui est l'ectropion proprement dit, soit à celui de la paupière supérieure, qui est plus particulièrement désigné sous le nom de *lagophthalmie*.

Toutefois, pour reconstituer, ou plutôt pour restaurer d'une manière à peu près satisfaisante une paupière plus ou moins fortement éraillée, il n'est pas toujours besoin d'emprunter aux parties voisines, et de faire une greffe proprement dite : les propres éléments de la paupière suffisent dans certains cas pour la reconstituer ; ou si je veux m'exprimer autrement, c'est en agissant sur elle-même qu'on la répare. Des deux paupières, c'est l'inférieure qui se prête le mieux à ce dernier genre de restauration, parce que naturellement elle a peu de hauteur, et parce que dans les opérations entreprises pour faire cesser l'éraillement dont elle peut être le siége, ce n'est pas chose indispensable que son bord libre soit ramené très haut sur la partie antérieure de l'œil. Que ce bord avoisine l'œil seulement, et qu'il ait repris à peu près sa direction naturelle, cela suffit ; et l'on peut obtenir ce résultat de différentes manières, sans pièce ajoutée, sans blépharoplastie proprement dite.

Vous le savez, mon cher Lawrence, il y a au moins le procédé fort ancien d'Antyllus, qui consiste dans l'excision

d'un lambeau triangulaire de la conjonctive palpébrale seulement, lambeau dont la base doit correspondre au bord libre et comprendre tout l'intervalle des deux commissures; puis le procédé de votre William Adams, dans lequel un petit lambeau, à base supérieure, et qui comprend toute l'épaisseur de la paupière, étant enlevé, on réunit par la suture les deux lèvres de la plaie avec perte de substance qui résulte de cette ablation; enfin, le procédé de M. Riberi, dans lequel un lambeau très allongé, à base inférieure pour la paupière d'en haut, à base supérieure pour la paupière d'en bas, est taillé aux dépens de la peau seulement, puis disséqué du sommet vers la base jusque près de celle-ci; après quoi on l'abandonne au mouvement ou d'abaissement ou d'ascension qu'il est facile alors de faire exécuter au bord libre de la paupière; on a ensuite à réunir dans la plus grande étendue possible, par quelques points de suture, les deux bords de la surface, ou de la plaie devenue libre par le déplacement de ce lambeau. Je ne parle ni du procédé de Celse, c'est-à-dire de la simple incision, ou transversale ou semi-lunaire, pratiquée sur la peau rétractée, ou sur une cicatrice formant bride, moyen qui, d'après ce que l'expérience a démontré, est plus propre à augmenter qu'à diminuer la déformation de la paupière; car toute plaie faite sur une cicatrice ancienne doit, par le fait même de sa consolidation, ajouter à l'effort de traction opéré par cette cicatrice : ni du procédé de Bordenave, qui consiste dans l'excision faite parallèlement au bord libre de la paupière du bourrelet que forme la membrane conjonctive dans certains ectropions, procédé

que Bordenave avait principalement institué pour l'éraillement sans rétraction de la couche cutanée des paupières, c'est-à-dire pour l'ectropion par simple hypertrophie de la conjonctive. Appliqué à l'éraillement proprement dit, ou à l'ectropion avec perte de substance ou rétraction des téguments de la paupière, ce procédé de Bordenave ne serait vraiment qu'une imitation de celui d'Antyllus.

Je n'ai jamais mis en usage ce procédé d'Antyllus, que M. Velpeau dit avoir employé une fois avec un résultat avantageux. Ce devait être dans un cas où l'éraillement était peu considérable. Je ne comprends guère, en effet, que consécutivement à la seule excision d'un lambeau triangulaire de la membrane conjonctive, il ait pu y avoir redressement du bord libre de la paupière, extension de la peau, élargissement de toute la paupière, s'il s'agissait d'un ectropion porté à un haut degré.

Le procédé de M. Riberi m'inspirerait plus de confiance : cependant je suis encore à en faire l'application. Cela a tenu à ce que depuis qu'il a été répandu dans le monde chirurgical, j'ai vu peu de cas pour lesquels il m'ait paru convenir particulièrement. Pour ces cas-là même je n'ai pu oublier les succès que j'avais obtenus par la méthode d'Adams. Je me suis laissé aller à la voie qui m'avait conduit à d'assez bons résultats. C'est ce que j'ai fait, il n'y a pas très longtemps encore, sur un jeune homme de vingt et un ou vingt-deux ans, fils d'un intendant de M. le comte de J .., chez lequel il restait, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

Observation. — Un éraillement assez considérable de la paupière inférieure du côté droit s'était formé chez ce jeune

homme, à la suite d'une affection gangréneuse de la face. J'avais été témoin des premiers développements de la difformité : on m'avait consulté alors que les plaies provenant de la séparation des escarres de la joue et de la paupière n'étaient point encore entièrement cicatrisées. J'avais pensé qu'il valait mieux attendre pour agir que l'ectropion fût constitué, et que la cicatrice eût parcouru toutes ses phases, c'est-à-dire qu'elle eût toute la souplesse qu'elle pouvait acquérir avec le temps. Je voulais aussi que toute trace de l'état fluxionnaire qui avait dû accompagner le travail de la cicatrisation eût disparu. Lorsque le moment fut arrivé d'entreprendre de corriger la difformité, et le jeune homme étant venu à Paris, peu s'en fallut que je n'employasse le procédé, je dirais presque la méthode de M. Riberi. Que dis-je? ce fut d'abord une chose décidée dans mon esprit : l'état des parties sur lesquelles j'avais à agir me semblait favorable, et j'étais désireux de connaître par moi-même la valeur de ce procédé. Mais à l'instant d'agir je me ravisai, et dominé par la force de l'habitude, j'usai du procédé qui m'était familier depuis longtemps : je pratiquai l'opération d'Adams. Heureusement elle a réussi à peu près aussi bien que je pouvais l'espérer.

Par l'excision de la partie la plus arquée, le bord libre de la paupière est remonté assez pour qu'on n'aperçoive plus la partie inférieure de l'œil. J'avais eu recours à la suture entortillée pour rapprocher les deux côtés de la plaie qui résultait de cette excision, et j'avais placé trois aiguilles, dont une, la supérieure, traversait le cartilage tarse. Après que j'eus retiré ces aiguilles, il y eut un petit écartement des bords de la plaie au niveau du bord libre ; mais cet écartement a cessé après quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, et n'a laissé d'autre trace qu'une très légère échancrure, ou plutôt une très légère dépression qu'on ne distingue qu'en examinant la paupière d'un peu près.

Ce fait n'a rien d'extraordinaire assurément, rien même de bien remarquable : c'est le plus récent, mais il n'est que

l'analogue d'un assez grand nombre d'autres que je me garderai bien de rapporter en détail. Les premiers datent d'une époque déjà assez éloignée. Ils sont du temps où, après avoir fait connaître en France le procédé d'Adams, à mon retour du premier voyage que je fis à Londres, en 1814, je saisis les premières occasions qui me furent offertes d'expérimenter ce procédé, qui était alors tout nouveau, ou dont nous n'avions pas eu connaissance. Ces premiers cas, j'ai pu les rapporter dans la relation de ce voyage à Londres. En tout, y compris le cas que je viens d'exposer succinctement, j'ai eu recours dix-sept fois au procédé d'Adams pour restaurer les paupières éraillées; je me trompe, ç'a toujours été pour la paupière inférieure; et sur un sujet l'opération a été pratiquée des deux côtés successivement. J'ai presque constamment réussi. Trois fois seulement, la réunion ne s'est point accomplie ; une inflammation violente a causé la tuméfaction des bords de la plaie, et leur déchirure par les aiguilles. J'en conviens, peut-être dans ces cas où l'opération a été faite sans succès, avais-je eu trop de confiance dans la méthode ; peut-être, à raison de l'abaissement considérable et de l'incurvation très forte du bord libre de la paupière, m'avait-il fallu faire éprouver à ce bord une perte de substance assez considérable, ou bien en avais-je, sans nécessité absolue, retranché un peu trop, faute d'avoir pris des mesures exactes, ou pour avoir dépassé les limites que j'avais établies en premier lieu. Tout prévenu que je suis en faveur de la méthode d'Adams, que j'ai pratiquée si souvent et qui m'a si souvent réussi, je reconnais un degré d'éraillement au delà duquel cette méthode

est impraticable ; elle convient d'autant mieux que l'éraillement est moins fort ; et les cas les plus favorables encore sont ceux où la cicatrice, en forme de bride, qui tient la paupière abaissée, agit plus au milieu que sur les extrémités. Alors, en effet, les parties du bord libre à conserver sont déviées le moins possible de leur direction naturelle ; et généralement aussi la peau qui se trouve au-dessous est peu altérée par la cicatrice. Au reste, un soin important, quand on croit pouvoir appliquer la méthode d'Adams à la restauration d'une paupière éraillée, c'est de mesurer à plusieurs reprises la portion de cette paupière qui doit être enlevée, en pinçant la partie la plus incurvée du bord libre ; c'est aussi de tracer avec de l'encre ou un crayon dermographique, les limites du lambeau à retrancher : le moment décisif arrivé, on porte l'instrument tranchant plutôt un peu en dedans qu'en dehors des lignes qui ont été tracées. Mieux vaut s'exposer à ce que le bord de la paupière soit un peu moins relevé, et présente encore après la réunion des deux parties conservées une légère dépression, que d'encourir les suites fâcheuses d'une perte de substance trop étendue.

Ce procédé d'Adams semble le seul mode de restauration de la paupière auquel on puisse songer, lorsqu'il y a destruction d'une portion un peu étendue du bord ciliaire. Sans doute par la blépharoplastie proprement dite, c'est-à-dire avec emprunt d'un lambeau aux parties voisines, on peut ajouter à la couche cutanée, remplacer la portion de téguments qui manque, et donner ainsi à la paupière une hauteur qu'elle n'avait pas ; mais on ne peut pas suppléer à la partie du

bord libre qui a été détruite : il faut la réserver pour d'autres cas.

Étudions donc ensemble maintenant, mon cher ami, cette blépharoplastie avec emprunt, ou par addition d'une lanière ou d'un lambeau de téguments détaché d'une région voisine de l'orbite. Quoiqu'elle soit fort en faveur maintenant, et que beaucoup de chirurgiens au moins la préfèrent à l'autre méthode dont je viens de rappeler les différents procédés, ma pensée est cependant qu'il faut la considérer comme une ressource extrême, et qu'on ne doit y avoir recours que lorsque le procédé d'Adams est impraticable. Sans doute le résultat qu'on obtient par l'application de ce procédé n'est pas parfait; il reste une cicatrice verticale; et le bord libre, au lieu d'être parfaitement droit, présente bien souvent une petite échancrure qui termine cette cicatrice. Mais loin d'être moindres, les vestiges de l'autre sorte de blépharoplastie sont encore plus apparents. A la double cicatrice horizontale qui correspond aux deux bords du lambeau, se trouve jointe la cicatrice de la plaie qu'on a dû faire pour obtenir ce lambeau, qui d'ailleurs, là où il a été greffé, conserve rarement son état primitif. Tantôt il est bombé, saillant et forme un relief choquant à la vue; tantôt il paraît comme flétri; et bien rarement après une blépharoplastie de l'espèce dont il s'agit en ce moment, la paupière restaurée présente-t-elle une surface cutanée égale et régulière : à quoi il faut ajouter que si le lambeau autoplastique a été posé au milieu d'une cicatrice inégale et gaufrée, ainsi que cela a lieu fréquemment, l'état de sa surface contraste d'une manière désagréable avec celui des parties

circonvoisines. Cependant ces inconvénients fussent-ils plus grands encore, des circonstances se présentent dans lesquelles il faut, ou abandonner la difformité à elle-même, ou bien recourir à cette transposition d'un lambeau de téguments emprunté aux parties voisines pour augmenter la hauteur de la paupière.

Il y a préalablement à préparer la place de ce lambeau : c'est ce qu'on fait en pratiquant une incision horizontale à la paupière. Selon la disposition des parties, selon aussi que le lambeau doit être pris sur tel point ou sur tel autre, cette incision doit être faite tantôt assez près, tantôt, au contraire, à une certaine distance du bord libre. Il arrive quelquefois, à la paupière supérieure particulièrement, que la cicatrice provenant de la maladie qui a précédé l'ectropion est déprimée et enfoncée sous le rebord orbitaire. Dans ce cas, et pour donner à la paupière nouvelle la disposition la plus régulière possible, il faut presque toujours détruire cette cicatrice. On parvient ainsi à rendre mobile le bord libre de la paupière, à effacer la courbure qu'il présentait, et à le ramener plus ou moins parfaitement sur le globe de l'œil. Un grand écartement s'établit alors entre les lèvres de l'incision qui a été pratiquée. C'est cet écartement qu'il s'agit de remplir; c'est ce vide qu'il faut combler avec une portion de peau empruntée aux parties voisines. Ici trouvent leur application les règles générales que j'ai tracées précédemment; du moins il y a à les suivre en les accommodant à la disposition propre de la région affectée, et de l'organe qu'il s'agit de restaurer.

Généralement un seul lambeau suffit : géneralement aussi ce lambeau unique doit être plus long que large, et repré-

senter dans sa partie principale, dans celle qui sera libre un moment, une ellipse allongée. On le taille près de l'un des angles de la plaie sur laquelle il doit être appliqué, et de manière qu'il tienne à cet angle par la portion qui en formera la base étroite ou le pédicule. C'est chose heureuse quand la disposition des parties permet que son grand diamètre forme un angle aigu, ou approchant seulement de l'angle droit avec celui de la plaie; en d'autres termes, qu'il ait la direction la plus rapprochée possible de la direction verticale : alors, en effet, une inclinaison légère suffit pour le mettre en contact avec la surface qu'il doit recouvrir. S'il fait un angle très ouvert avec cette surface, on est forcé de lui faire subir ou une inclinaison très forte, ou même une torsion à tel degré ou à tel autre, toujours d'autant plus forte que l'angle est plus ouvert. Je l'ai dit, dans tout lambeau autoplastique les chances de conservation de la vie sont toujours affaiblies par la torsion du pédicule de ce lambeau, et d'autant moindres que cette torsion est plus forte, à cause de l'obstacle qu'elle fait naître dans la circulation des vaisseaux nourriciers.

C'est donc une question, dans toute blépharoplastie, de savoir où il convient le mieux de prendre le lambeau; et, cela, à cause de l'état singulièrement variable des parties circonvoisines de la paupière à restaurer; et parce qu'il faut, autant que possible, former ce lambeau d'une portion saine de téguments. Tel cas pourrait se présenter où, pour remplir cette dernière condition, il y aurait nécessité, et nécessité absolue d'emprunter le lambeau à la partie moyenne du front ou sur l'un des côtés du nez. Mais,

n'était une circonstance impérieuse, il faut oublier ces régions, toujours assez mal disposées pour fournir, soit à la paupière inférieure, soit à la supérieure, un lambeau un peu étendu, et sur lesquelles une plaie laisserait une cicatrice trop apparente. Autant que cela est possible, c'est sur les parties adjacentes à la demi-circonférence externe de l'orbite que l'emprunt doit être fait, soit sur la région temporale même, soit en même temps sur cette région et sur la partie la plus voisine du front, soit plus bas et en se rapprochant de la région malaire, ou même tout à fait sur cette dernière. Il n'y a pas de règles précises à établir sur la manière de tailler le lambeau, pas plus que sur la longueur et la largeur à lui donner. C'est une manière différente de faire dans chaque cas en particulier, à cause du degré différent de la rétraction éprouvée par la couche extérieure de la paupière, et de la grandeur plus ou moins considérable de l'espace qu'il s'agit de combler, après qu'on a divisé les cicatrices qui formaient bride.

On ne peut pas dire non plus avec précision comment doivent se correspondre le grand diamètre de cet espace et le grand diamètre du lambeau, je veux dire sous quel angle ils doivent être réunis. En effet, comment établir cela d'une manière générale, puisqu'une indication importante à remplir, c'est de former le lambeau là où la peau a le plus conservé son intégrité naturelle. Il y a donc pour chaque cas particulier une manière de procéder qui est préférable à toutes autres. Le mieux, toutefois, c'est que le lambeau et la plaie se joignent sous un angle peu ouvert. Alors, en effet, le pivotement du lambeau est peu considérable, et le pédicule ne subit qu'une torsion très légère. Déjà cette

torsion est plus forte si l'axe du lambeau fait angle droit avec la plaie, plus encore si l'angle est obtus. La circonstance la plus désavantageuse serait que, pour former le lambeau de parties saines, il fallût le tailler sur la région temporale et sur une ligne horizontale, ou presque horizontale; car, pour l'amener ensuite sur la place qu'il doit occuper, il y aurait nécessité de lui faire subir un mouvement presque demi-circulaire, ce qui ne pourrait être sans que le pédicule éprouvât une torsion préjudiciable à l'entretien de la circulation.

En telle occurrence, mieux vaudrait peut-être manœuvrer sur un autre terrain, et former le lambeau d'une portion de téguments plus ou moins altérée par un ancien travail cicatriciel, pour n'avoir pas à lui faire subir un déplacement aussi considérable. S'il y a le désavantage d'une mauvaise constitution du lambeau, il y a l'avantage d'une circulation plus facile dans le pédicule. Sur trois cas, seulement, où j'ai eu à pratiquer une blépharoplastie de l'espèce qu'on peut appeler verticale, pour exprimer qu'elle a pour but d'augmenter les dimensions de l'une ou de l'autre paupière dans le sens vertical, ou suivant la hauteur, je me suis trouvé une fois dans l'alternative que je viens de supposer : je pouvais avoir un lambeau un peu mal constitué, c'est-à-dire non formé d'une portion de téguments tout à fait saine, ou bien un lambeau bien constitué, mais mal situé; je me suis décidé pour le premier parti, et le résultat de l'opération a été aussi heureux, aussi beau qu'il était permis de l'espérer. Il s'agissait d'une restauration de la paupière inférieure dans un cas d'éraillement considérable, auquel la méthode d'Adams n'était pas applicable.

Je m'abstiens d'entrer dans les détails de ce cas, remarquable seulement par le motif qui m'a dirigé dans le parti que j'ai pris. Je crois devoir pareillement me dispenser de décrire les deux autres. Ce n'est pas qu'ils n'aient eu chacun aussi un caractère particulier ; ce n'est pas qu'ils ne m'aient offert un certain intérêt. Mais je ne pourrais pas présenter pour type, pour modèle, et comme devant être imité dans d'autres cas, ce que j'ai eu à faire, tant sont variées les circonstances dans lesquelles on peut avoir à entreprendre la blépharoplastie. Je ne saurais trop le dire, il est besoin de s'ingénier dans chaque cas particulier, pour faire une heureuse application, soit des règles générales relatives à toutes ou au plus grand nombre des autoplasties, soit de celles qui concernent plus spécialement la blépharoplastie, et que j'ai tracées plus haut.

Dans chacun de ces deux autres cas, l'opération que j'avais pratiquée a eu tout le succès qu'on pouvait raisonnablement en attendre, au moins pour ce qui était de l'adhésion du lambeau, et d'une bonne conformation de la paupière : c'était une fois à la paupière supérieure, et dans l'autre à la paupière inférieure. Mais j'ai eu le chagrin de perdre l'un des deux sujets : il a succombé à un érysipèle de la tête qui s'est déclaré au dixième jour après l'opération, et lorsque suppurait encore un peu la plaie provenant de la formation du lambeau. C'était une jeune fille de vingt ans, assez heureusement partagée sous le rapport des agréments de la figure, et qui devait réellement profiter de l'heureuse issue de cette blépharoplastie, qu'elle avait tant désirée. Comme une autre jeune femme qui avait eu

à subir, presque en même temps, une suture du périnée, dans des circonstances d'ailleurs très favorables, et dont je rapporterai le cas plus tard, elle fut victime d'une de ces épidémies d'érysipèles que nous voyons se déclarer si souvent dans nos hôpitaux, et qui, certaines fois, sévissent d'une manière si fâcheuse sur les sujets atteints de maladies chirurgicales. Celle de la fin de l'été et du commencement de l'automne, de 1847, a été une des plus remarquables que j'aie vues à l'Hôtel-Dieu depuis que je suis dans cet hôpital. C'est son influence qui a causé les deux tristes événements que je viens de rappeler.

IV.

Déformations diverses et restauration du nez : rhinoplastie.

En somme, on trouverait bien autant d'occasions de restaurer le nez de telle manière ou de telle autre, autant de cas du moins où cette restauration serait de mise, que de cas qui comportent un procédé quelconque de blépharoplastie. Il s'en faut bien cependant que la première de ces deux choses soit aussi souvent pratiquée que la seconde ; et, cela est vrai, surtout pour la restauration complète du nez. C'est que, si choquante que soit la difformité qui résulte de la destruction d'une grande partie du nez, elle l'est peut-être moins que l'éraillement un peu considérable de l'une des paupières; c'est qu'on peut la pallier, jusqu'à un certain point, par des moyens artificiels ; c'est qu'à peine est-elle accompagnée de quelques incommodités; c'est qu'à cause de tout cela, on voit peu de sujets, parmi ceux qui en sont atteints, qui manifestent

un pressant désir d'en être délivrés. Beaucoup se refusent à supporter une opération, toujours assez grave, on peut le dire, tout au moins cruelle, en vue d'un avantage assez précaire. Car, il faut bien le reconnaître, et ne pas faire, au nom de l'art, des promesses mensongères : par la rhinoplastie la plus heureuse on n'obtient jamais qu'une reproduction imparfaite du nez. A moins qu'une partie de la cloison des narines, subsistant encore, n'ait pu servir de point d'appui, on crée seulement un monticule aplati, une proéminence informe, circonscrite par une cicatrice, et surmontée par une autre ; et ce monticule ne s'harmonise guère mieux avec les autres parties de la face que ne le fait un nez artificiel et amovible.

Tout cela explique comment, sans qu'elle soit entièrement abandonnée, et tout en comptant encore parmi les opérations régulières de la chirurgie, la rhinoplastie ne jouit plus maintenant d'une grande faveur, au moins pour les cas dans lesquels il s'agirait de rétablir ou de refaire le nez complétement. Ce qu'on fait plus volontiers, ce qu'on peut entreprendre avec plus d'avantages, ce sont des demi-rhinoplasties, des rhinoplasties partielles, telles que la restauration de l'une des ailes du nez détruite en totalité, ou en partie seulement ; telles encore que l'occlusion d'une ouverture plus ou moins étendue avec perte de substance des cartilages, ou des os propres, ouverture placée tantôt près de la racine du nez, tantôt, au contraire, près de la base, sur l'un des côtés, ou sur la partie moyenne, et laissant voir l'intérieur des narines. J'ai fait une rhinoplastie de cette dernière sorte, il y a quelques années, sur un jeune homme qui précédemment

avait été le sujet d'un cas très remarquable sur lequel je vous dirai ici quelques mots, mais dont je déposerai les détails autre part.

Ce jeune homme avait eu la face horriblement déformée par un énorme polype fibreux développé dans la narine droite. Après avoir produit, au plus haut degré possible, l'ampliation de cette narine, en pénétrant même dans celle du côté gauche, la tumeur s'était portée du côté du pharynx, puis s'était fait jour, en partie à l'extérieur de la face par une ouverture au côté droit du nez avec ulcération de la peau, et vers l'intérieur de la bouche par une perforation de la voûte du palais. Après bien des tentatives inutiles pour faire l'ablation de ce polype par les seules voies naturelles, je me décidai à ouvrir largement les narines en avant; et, pour cela, je formai, de toute la partie droite du nez, un grand lambeau au moyen d'une première incision sur la ligne médiane, incision qui comprenait toute la hauteur du nez, et d'une autre qui, pratiquée horizontalement au-dessus du sourcil, se joignait à angle droit avec la première. Je n'eus à agir que sur des parties molles; les parties solides du nez avaient été détruites par la tumeur. Je pus donc facilement renverser le lambeau en dehors. A la faveur de cette voie nouvelle, la tumeur fut sapée à sa base avec des instruments divers, et enlevée complétement. Ailleurs, je décrirai plus particulièrement les manœuvres de l'opération. Des points de suture entortillée ayant été faits pour rattacher le lambeau aux parties dont il avait été séparé, la réunion s'est opérée de la manière la plus heureuse, et n'a laissé pour traces que des cicatrices simplement linéaires. Cela se passait vers la fin de l'année 1843. La maladie ne s'est point re-

produite; les deux narines sont restées parfaitement libres.

En faisant ce que je viens de rapporter, m'étais-je engagé dans une voie nouvelle? Avais-je trouvé une ressource qui ne s'était point encore présentée à l'esprit des chirurgiens? Avais-je eu recours à un moyen auquel on n'avait point encore pensé? Je n'ose pas l'affirmer. Les mêmes difficultés inouïes contre lesquelles j'avais à lutter ont dû se présenter certaines fois à d'autres chirurgiens, et peut-être a-t-on déjà songé à les surmonter de la même manière. J'apprendrais, sans en être surpris, que je n'ai point eu le mérite de l'initiative pour un procédé qui ne demandait ni un grand effort de génie ni beaucoup d'audace. Pour moi, d'ailleurs, l'œuvre a été rendue plus simple par la destruction de l'os propre du nez, puisque je n'ai eu à diviser que des parties molles. Mais, au besoin, je ne reculerais pas, comme peut-être n'a-t-on pas reculé, devant la nécessité d'entamer cet os, de le séparer de son congénère, de le séparer aussi d'avec le frontal et l'os maxillaire supérieur, pour le faire entrer dans la composition d'un lambeau, certain que je serais d'obtenir le rétablissement de ses connexions naturelles. Il y a maintenant, pour des difficultés du genre de celles que j'avais éprouvées, le procédé institué par M. Nélaton.

Observation. — Mais sans que la figure de ce jeune homme eût rien de repoussant, ni même de très extraordinaire, le nez, privé d'une grande portion de ses parties osseuses, était resté un peu déformé, et légèrement aplati. Outre cela, les ouvertures qui avaient été faites par la tumeur, tant du côté de la bouche à la voûte palatine, que du côté du nez sur sa partie droite, persistaient; seulement, elles avaient perdu quelque chose de leurs premières dimensions, en même temps que leurs bords

s'étaient cicatrisés. Celle du nez constituait seulement une difformité, très apparente à la vérité, et qui ne pouvait être que difficilement palliée. Celle de la voûte palatine était devenue la cause d'une grande altération dans le timbre de la voix. Tel était l'état des choses lorsque le jeune homme, que j'avais vu à plusieurs reprises depuis le moment où il avait subi l'opération dont j'ai indiqué seulement les principales circonstances, se présenta à moi de nouveau au du mois d'avril 1845.

Depuis longtemps déjà il avait pris l'habitude d'obturer l'ouverture de la voûte palatine avec une petite boule de charpie, comme j'ai vu d'autres personnes tenir une semblable ouverture exactement close avec du papier ramolli, et se dispenser ainsi de l'usage d'un obturateur mécanique. Il en retirait l'avantage d'avoir la voix très nette et la parole tout à fait normale, tant que par une telle occlusion de l'ouverture toute communication était interceptée entre la bouche et les narines. Mais il voulait que cette occlusion fût rendue définitive; il venait près de moi pour que j'accomplisse la promesse que je lui avais faite de faire disparaître la perforation de la voûte palatine. Il ne désirait pas moins, et désirait peut-être même plus encore, que j'entreprisse de fermer l'ouverture qui se trouvait sur le côté droit du nez, très près de la ligne médiane. C'est par celle-ci que je commençai.

Cette ouverture était à peu près ovalaire : elle avait un centimètre d'étendue dans le sens de son petit diamètre, qui était horizontal, et son grand diamètre vertical en avait deux environ : celui-ci était donc double du premier. J'eus d'abord l'intention de tailler un lambeau triangulaire avec la peau de la région dorsale du nez en dedans ou à gauche de l'ouverture. Ce lambeau aurait eu sa base en bas et son sommet en haut; il aurait été laissé adhérent par son sommet. Je l'aurais détaché de bas en haut; après quoi il eût été amené par un mouvement horizontal sur l'ouverture de manière à la couvrir entièrement, pour ensuite être fixé par quelques points de suture au bord opposé de cette ouverture, préalablement avivé ou mis à l'état

sanglant. Mais j'avais déjà légèrement entamé la peau, là où j'avais par avance marqué la base du lambeau, et soudain j'abandonnai mon premier projet. Je m'aperçus que la peau était considérablement amincie, et qu'avec le soin que je devais prendre de ne point pénétrer dans la narine, parce qu'autrement j'agrandirais l'ouverture dont je voulais obtenir l'occlusion, je ne formerais qu'un lambeau trop peu épais, dans lequel la vie ne se maintiendrait pas. Je remarquai, au contraire, que du côté opposé à celui où je devais d'abord emprunter ce lambeau, c'est-à-dire en dehors ou à droite de l'ouverture, les téguments voisins étaient plus épais, bien nourris et fort mobiles sur la branche montante de l'os maxillaire. En les détachant du bord même de l'ouverture, en détruisant leurs adhérences profondes dans une certaine étendue, enfin en y faisant une section transversale, en bas d'abord, puis en haut, si cela était nécessaire, je devais pouvoir les déplacer, les étendre sur l'ouverture du nez et les réunir à la peau, préalablement avivée, qui formait le bord gauche de cette ouverture.

Ce projet secondaire, je l'ai mis à exécution, et mon attente a été remplie. Il a même suffi de débrider la peau à la partie inférieure, ce qui a produit une sorte de lambeau en forme d'équerre : je n'ai point eu à faire subir, à ce lambeau, une extension très considérable pour l'amener à la rencontre des parties auxquelles je voulais le réunir. Ayant éprouvé quelques difficultés pour placer convenablement de petites épingles, à cause de l'inégalité du plan sur lequel il fallait les faire manœuvrer, j'ai dû renoncer à la suture entortillée : il m'a fallu employer la suture simple ou entrecoupée. J'ai fait quatre points assez rapprochés les uns des autres, afin d'opérer une coaptation exacte et régulière. Quoiqu'elle fût un peu mince et distendue, la peau a résisté à l'action de ces points de suture, que j'ai laissés en place cinq jours seulement. Après ce temps les parties que j'avais rapprochées étaient parfaitement réunies. La réunion s'est maintenue, sans la plus petite lacune, sans le moindre hiatus. Toute trace de l'ouverture avait entièrement

disparu; ou pour mieux dire, là où cette ouverture, si grande pour la partie affectée, avait existé, on ne voyait plus qu'une cicatrice linéaire. Cette cicatrice ajoutait à peine à ce qu'il y avait d'un peu défectueux dans la conformation générale du nez par suite de la déperdition que les os avaient éprouvée.

Des deux difformités que le malade avait conservées à la suite de l'opération si grave sans laquelle on n'aurait jamais pu le délivrer de sa première affection des narines, la plus visible, la plus apparente était réparée. C'était chose moins urgente d'attaquer l'autre, puisque ce jeune homme faisait aisément cesser l'altération du timbre de la voix en fermant l'ouverture de la voûte palatine avec un petit bouchon de charpie ou de papier. Nous étions convenus, toutefois, que je tenterais sur lui une palatoplastie après la disparition de l'ouverture du nez. La première opération ayant réussi, ce devait être pour lui un encouragement à subir la seconde. Mais je ne sais quelle pensée capricieuse s'est emparée de son esprit. Au moment où j'allais m'occuper de cette autre restauration qui aurait réussi, comme la première, je l'espérais du moins, il a voulu me quitter pour quelque temps, me promettant bien, à la vérité, de revenir à l'Hôtel-Dieu, où, à deux ans seulement d'intervalle, la chirurgie avait été pour lui deux fois si puissante et si efficace. Probablement donc je le reverrai; probablement aussi, un peu plus tôt ou un peu plus tard, j'aurai à rétablir chez lui la continuité de la voûte palatine; et je désire avoir à raconter un nouvel événement heureux quand j'en serai à exposer les faits que je possède sur les diverses sortes de restauration du voile du palais et de la voûte palatine.

Deux fois seulement l'occasion m'a été offerte de reconstituer l'une des ailes du nez qui avait été détruite, dans l'un des deux cas par un ulcère vénérien, et dans le second en conséquence de l'ablation d'un tumeur cancéreuse. Dans les deux cas, sans avoir obtenu un retour parfait du nez à sa conformation naturelle, et bien que la partie restaurée ne présentât, ni la surface avec saillie et méplat, ni le bord terminé en bourrelet échancré, qui distinguent l'aile du nez dans son état naturel, j'avais fait disparaître une grande échancrure qui rompait la symétrie du visage, et laissait voir une partie de la cloison des narines. Il n'y avait plus rien de très choquant dans la disposition du nez. Pour l'un et pour l'autre cas j'avais suivi le même procédé. J'avais emprunté le lambeau autoplastique à la joue. Ce lambeau avait été taillé en dehors et un peu au-dessous de l'échancrure qu'il devait bientôt occuper. Il était formé seulement de la peau et de la couche la plus superficielle des muscles sous-jacents, et avait une direction à peu près verticale. De ses deux bords, l'un antérieur ou interne et l'autre postérieur ou externe, le premier était un peu convexe, et l'autre tout à fait droit. Celui-ci, une fois le lambeau lui-même relevé, devait correspondre à l'entrée de la narine, et le bord convexe devait être mis en rapport avec la partie cintrée de l'échancrure, régularisée et rafraîchie par avance. C'est ainsi, en effet, que les choses se passèrent. La jonction fut établie à l'aide de quelques points de suture simple. C'est avec de petites épingles, au contraire, et au moyen de la suture entortillée, que je parvins à rapprocher les deux bords de la plaie qui se trouvait là où le lambeau avait été pris; car

il me fut possible, en effet, de réunir cette plaie immédiatement après que j'eus greffé le lambeau. Cette double suture réussit également bien dans chacun des deux cas; et dans l'un comme dans l'autre, quand la restauration de l'aile du nez fut assurée, j'entamai un peu profondément la portion de peau qui avait formé le pédicule du lambeau, afin de faire disparaître le relief qu'elle formait là où devait se trouver la petite rainure qui, dans l'état normal, sépare l'aile du nez d'avec la joue.

C'est sur deux hommes, jeunes encore, que j'ai fait ces deux reconstitutions de l'aile du nez, l'une du côté droit, l'autre du côté gauche, pour deux échancrures à peu près également profondes. J'ai perdu de vue complétement l'un des deux individus; j'ai vu l'autre, au contraire, plusieurs fois depuis douze ans juste que l'opération lui a été pratiquée : c'était en 1841; je l'ai vu encore il n'y a pas bien longtemps. Il ne lui reste que de bien faibles traces de son ancienne difformité, et de ce qui a été entrepris pour l'en délivrer. Seulement l'aile du nez qui est le produit de l'art est molle et peu mobile; ou plutôt, elle n'est pas susceptible de mouvements volontaires; elle cède seulement à l'impulsion de l'air dans les expirations un peu fortes, et s'éloigne alors de la sous-cloison des narines pour reprendre ensuite sa position par sa seule élasticité.

Nonobstant tout ce que je vous disais plus haut, et malgré une certaine prévention qui existe dans mon esprit contre la rhinoplastie complète, j'en ai fait une première il y a quinze ans, puis une seconde il y a trois ans seulement, et celle-ci dans des circonstances très favorables, qui ont permis d'en obtenir un des plus heureux résultats

qu'il soit possible de voir. Assez peu de temps avant que je fisse cette dernière, j'ai été sur le point d'en entreprendre une autre dans un cas où il y aurait eu à faire une restauration presque générale de la figure. Ce devait être sur un sujet qui m'avait offert une des plus horribles comme des plus étranges difformités du visage qui puissent être. Un tel cas, ne fût-il pas sans exemple, n'a dû être observé que bien rarement, et peut-être ne l'a-t-il jamais été avec les mêmes circonstances exactement. J'avais déjà refait ou rétabli l'ouverture de la bouche qui n'existait plus, lorsque, pour des raisons que je vous dirai bientôt, je renonçai à entreprendre la restauration du nez. J'abandonnai pareillement le projet que j'avais conçu de faire disparaître un éraillement considérable de l'une des paupières inférieures. Vous verrez plus bas si j'ai été trop timide, ou si seulement j'ai agi avec prudence. C'est dans l'article concernant la génoplastie et la chéiloplastie, que je placerai la relation de ce fait. Il s'y rapporte, en effet, puisque c'est seulement sur les anciennes parties constituantes de la bouche et des joues qu'une œuvre réparatrice a été accomplie.

Je reviens aux deux rhinoplasties proprement dites que j'indiquais à l'instant, comme étant les seules, vous disais-je, que j'aie pratiquées. Mais une description un peu détaillée de chacun de ces deux cas n'offrirait pas un grand intérêt. Je me bornerai à l'indication succincte de ce qu'ils m'ont paru avoir de plus remarquable. Il y a eu succès dans l'un et dans l'autre sous ces différents rapports, que l'opération n'a suscité aucun accident; que le lambeau pris au front, et formé de toute l'épaisseur des parties molles de cette région, moins le périoste, s'est parfaitement adapté

à l'ouverture des narines, dont les bords avaient été mis à l'état sanglant; qu'aucun des points de suture n'a manqué; que la réunion s'est faite de la manière la plus souhaitable; et que la plaie du front, abandonnée au travail naturel de la cicatrisation, a été bientôt, en effet, couverte d'une cicatrice peu étendue. Pour fixer le lambeau, après en avoir eu porté la base en bas, par une torsion suffisante du pédicule sur lui-même, j'ai pratiqué dans les deux cas plusieurs points de suture entortillée. Dans les deux cas aussi j'ai pu me dispenser d'entamer le pédicule du lambeau après l'adhésion parfaite du lambeau lui-même : je le voyais s'amoindrir, cesser de faire saillie à mesure que s'opérait la guérison de la plaie du front.

Ainsi donc, dans ces deux rhinoplasties, greffe parfaite du lambeau autoplastique. Mais, le résultat définitif a été bien différent chez les deux individus qui en ont été le sujet. J'ai presque regretté d'avoir fait la première : après quelques semaines seulement écoulées depuis le moment où l'opération avait été pratiquée, le monticule nasal s'est affaissé et flétri; il a continué à vivre, mais en perdant quelque peu de la teinte rosée qu'il présentait primitivement, et s'est changé en une petite masse informe des plus disgracieuses. Heureusement c'était sur un homme qui avait déjà atteint l'âge moyen de la vie, qui était livré aux travaux des champs, et qui n'avait jamais eu qu'à demi le désir d'une transformation plus parfaite de sa figure. Il faut dire que la destruction du nez était provenue chez lui d'une ancienne maladie vénérienne, et que la partie visible de la cloison nasale n'était pas même à fleur de l'ouverture

qui tenait la place du nez, de telle sorte que le lambeau n'avait pu y trouver un point d'appui.

Observation. — L'autre sujet, au contraire, était une jeune fille nommée Zéphirine Bémitat, domestique, qui, âgée seulement de vingt et un ans, souffrait beaucoup moralement de la perte de son nez, et pouvait espérer jouir longtemps des avantages attachés à une restauration tant soit peu satisfaisante de cette partie. Elle entra à l'Hôtel-Dieu au mois d'octobre 1850. La mutilation de sa figure était le résultat d'un accident, et datait déjà de trois années : cette fille avait eu le nez saisi et emporté par un chien furieux, mais non atteint d'hydrophobie. Au moment de l'accident, de petits lambeaux des téguments avaient été enlevés, les bords de la plaie avaient été comme ébarbés, pour donner à cette plaie une apparence plus régulière ; et le fait est que l'ouverture à bords cicatrisés qu'on voyait là où aurait dû être le nez, était nettement circonscrite, et parfaitement symétrique. Dans tout le pourtour, les téguments jouissaient de leur intégrité naturelle. La jeune fille était d'ailleurs forte, bien constituée ; elle nourrissait un vif désir d'être soumise à tout ce que l'art pouvait entreprendre pour faire disparaître toute trace du malheur qu'elle avait éprouvé, ou du moins pour rendre sa difformité moins choquante. J'allais oublier de mentionner deux choses remarquables dans cette difformité : 1° une petite portion du nez subsistait encore au-dessous du front ; 2° la cloison des narines proéminait quelque peu à la partie moyenne de l'ouverture.

Combien de circonstances favorables se trouvaient réunies chez cette jeune fille, qui permettaient d'espérer un succès plus réel à tous égards que celui que j'avais obtenu dans l'autre cas ! Je n'ai pas été trompé dans mon attente : après une opération qui a été d'une exécution facile, dont les suites immédiates ont été pareillement des plus simples et des plus heureuses, la greffe du lambeau s'est accomplie d'une manière parfaite ; et tel le nez nouveau s'est montré dans les premiers temps, tel il

s'est tenu pendant les quelques mois que la malade est restée soumise à mon observation. Elle n'a quitté l'hôpital que vers la fin de février 1851, après y être restée près de quatre mois, pour retourner dans son pays natal. Elle était originaire d'un département un peu éloigné de la capitale, et je ne suis point en mesure de connaître son état présent. Je ne puis que présumer la persistance du résultat auquel j'étais parvenu. Peut-être en joindrai-je une représentation pittoresque à d'autres dessins ayant rapport à des cas plus curieux et plus insolites que celui dont il vient de s'agir. Pareil état de choses, après une rhinoplastie heureuse, a déjà été observé et décrit, et, s'il n'est pas très fréquent, n'a du reste rien de très extraordinaire : mais le dessin que j'en donnerai sera comme un nouveau type, comme un nouveau spécimen de ce qu'il est possible d'obtenir dans un trop petit nombre de circonstances.

LETTRE QUATRIÈME.

V.

Déformations diverses et restauration des lèvres et des joues : génoplastie et chéiloplastie.

Bien rarement, sans doute, a-t-on vu l'une des joues, manquant en partie, ou bien étant le siége d'une ouverture avec perte de substance, sans quelque autre difformité de la face, sans quelque destruction concomitante du nez, ou des lèvres. Je conçois cependant la possibilité d'un tel cas; mais, pour mon compte, je ne l'ai jamais observé, et l'occasion ne m'a jamais été offerte de pratiquer une génoplastie pure et simple. Vous allez bientôt voir qu'une fois je suis parvenu à reconstituer la joue, et même une partie du nez, mais c'était après avoir eu restauré la lèvre supérieure, et cela dans un cas où toute une moitié de cette lèvre, la partie latérale correspondante du nez et la joue avaient été détruites, et manquaient simultanément. Quant à la destruction de la joue, en partie ou en totalité, les autres parties de la face conservant leur intégrité, je me rappelle seulement le fait suivant : il remonte au temps, déjà bien éloigné, où, livré à l'enseignement particulier, je fournissais à de nombreux élèves les moyens de se livrer aux travaux anatomiques. Un jour, parmi les sujets, destinés à la dissection, qui avaient été amenés à mon amphithéâtre, on en vit un dont la joue gauche présentait une marque

noire parfaitement circulaire, d'un pouce de diamètre environ. Ce n'était point une simple tache de la peau ; c'était un disque de taffetas noir qui, en dessous, était enduit d'une substance adhésive. Au premier abord je crus qu'il recouvrait quelque plaie, quelque ulcération, ou quelque excroissance d'un vilain aspect. Mais non ! il était destiné à cacher la partie extérieure d'une sorte d'obturateur, d'un petit appareil fait d'un bois léger, et composé de deux petites plaques circulaires, jointes l'une à l'autre par une tige à vis, qui passait à travers une ouverture de la joue. Ces deux petites plaques étaient légèrement excavées du même côté. Par la manière dont ce petit appareil était posé, elles se trouvaient l'une au dedans de la joue, l'autre en dehors ; et, cet appareil était comme un double bouton un peu large, au moyen duquel était fermé assez hermétiquement un trou de la joue, une sorte d'ouverture fistuleuse, assez grande pour recevoir l'extrémité du doigt médius. Cette ouverture devait avoir permis la sortie d'une partie des boissons et des aliments introduits dans la bouche, et l'issue continuelle de la salive. Un tel appareil avait-il rempli parfaitement, pendant la vie, l'office auquel il était destiné? Je n'ai rien pu savoir à cet égard. J'avais fait quelques démarches pour connaître, et l'origine de cette perte de substance de l'une des joues, et la position sociale du sujet dont j'avais le cadavre sous les yeux. Elles ont été vaines ; il a été impossible de remonter à la source.

Toujours est-il qu'il s'agissait là d'une difformité, d'une perte de substance de la joue qui aurait comporté quelque autre ressource que la simple application d'un obturateur. Il est probable que rien n'avait été tenté pour détruire

complétement la difformité. C'était un de ces cas pour lesquels la chirurgie de nos jours ne se déclarerait probablement pas impuissante. Je ne dirai pas toutefois comment il faudrait agir, ou comment j'agirais en pareille occurrence. Car, en fait d'autoplastie appliquée aux difformités accidentelles, il faut avoir chaque cas sous les yeux pour trouver le procédé opératoire qui convient le mieux. Ainsi que je l'ai déjà dit, ce serait œuvre vaine de donner *à priori* des préceptes, de tracer des règles spéciales. Tout au plus peut-on s'inspirer un peu de ce qui a été fait précédemment, dans des circonstances plus ou moins analogues, pour des cas à peu près semblables. C'est pour cela que les faits curieux et rares méritent d'être recueillis et déposés dans les archives de la science, puisque, indépendamment de l'intérêt inhérent à chacun d'eux, en particulier, chacun aussi peut recéler le germe de ce qu'il y aurait à faire dans des cas analogues, voire même dans des cas un peu différents.

Je n'ai donc pas de faits qui me soient propres concernant la restauration d'une joue, en particulier, ou relativement à ce qu'on est convenu d'appeler la génoplastie. Mais peu de praticiens, je le crois du moins, en ont recueilli autant, et de plus curieux que ceux que je possède, sur la restauration des lèvres et des joues dans des cas autres que cette division congéniale de la lèvre supérieure qui constitue le bec-de-lièvre. Peut-être même m'est-il permis de dire que c'est par quelques uns de ces faits que la voie a été ouverte, il y a quelque vingt-cinq ou trente ans, pour la réparation des grandes difformités accidentelles de la bouche et des parties adjacentes. Si, depuis ce temps,

d'autres chirurgiens ont abordé les mêmes difficultés, je ne pense pas qu'ils en aient trouvé de plus grandes; et quelques uns des cas dont l'exposé est l'objet principal de cette lettre, présenteront longtemps encore, je le crois du moins, l'intérêt qu'ils ont offert dans le principe, alors qu'ils avaient tout le piquant de la nouveauté, et un certain caractère d'originalité. Peut-être les connaissez-vous déjà, mon cher Lawrence; déjà, en effet, d'autres plumes que la mienne en ont publié quelques détails; surtout ils sont rapportés presque aussi bien que j'aurais pu le faire moi-même, dans une dissertation inaugurale, pleine d'intérêt, par laquelle M. Dubourg, l'un de mes anciens élèves, terminait brillamment, à Paris, le cours de ses études médicales, et préparait la position qu'il s'est faite et les succès qu'il obtient à Marmande, dans le département de Lot-et-Garonne (*thèses de la Faculté de médecine de Paris*, 1828). Mais permettez-moi quelques premières réflexions.

Tous les cas qui comportent l'application aux lèvres, des ressources de la chirurgie restauratrice, me semblent pouvoir être rapportés à trois catégories distinctes. Une première comprend toutes les difformités natives, ou, pour autrement dire, les différents becs-de-lièvre congéniaux. A la seconde se rapportent les difformités accidentelles et permanentes des lèvres avec solution de continuité, lesquelles proviennent de plaies avec ou sans perte de substance qu'on n'a pu réunir, ou dont le traitement a été mal dirigé, et bien plus souvent d'ulcérations de mauvaise nature, ou d'affections gangréneuses plus ou moins étendues. La troisième embrasse les plaies récentes, mais non pas toutes les plaies des lèvres assurément.

Nombre de ces plaies sont trop simples pour qu'on puisse voir une restauration véritable, et moins encore une autoplastie proprement dite, dans l'acte si commun, si ordinaire, et généralement si facile, par lequel on les réunit. Je voulais donc seulement indiquer les plaies étendues qui proviennent de l'ablation d'une partie plus ou moins considérable d'une des lèvres dans toute son épaisseur, les plaies offrant un désordre difficile à réparer, et dans lesquelles on peut être embarrassé de savoir où et de quelle manière emprunter ce qui doit servir à combler le vide que présente l'une des lèvres. De telles plaies sont bien rarement accidentelles; le plus ordinairement, au moins, elles sont le résultat des opérations que nous pratiquons sur les lèvres; et, à cause de cela, elles ont bien plus souvent leur siége à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure. Puisque telle est leur origine dans le plus grand nombre de cas, il serait peu convenable de les considérer indépendamment des opérations dont elles peuvent être le résultat. Je m'en occuperai donc autre part.

D'un autre côté, tout ce qui concerne le bec-de-lièvre proprement dit mérite un examen particulier. Tant de questions diverses se rattachent aux opérations assez différentes les unes des autres, bien que tendant au même but, par lesquelles on remédie à cette difformité d'aspect si varié, que je veux la prendre pour sujet de considérations spéciales. Ces considérations sur le bec-de-lièvre et sur l'opération qu'il comporte suivront immédiatement ce que j'ai à vous dire relativement aux difformités accidentelles.

De ces dernières, il en est qui diffèrent à peine du bec-

de-lièvre congénial quant aux apparences extérieures ; elles s'en rapprochent bien plus encore au point de vue du traitement. Dès qu'une division accidentelle et permanente de l'une des lèvres existe sans perte de substance, on y remédie comme s'il s'agissait d'une division congéniale. Seulement ce n'est pas, comme dans cette dernière, toujours sur la lèvre supérieure qu'on a à agir, ni toujours sur l'un ou sur l'autre côté de cette lèvre ; car les divisions accidentelles, déjà susceptibles de formes plus ou moins irrégulières, présentent beaucoup de variétés quant au siége. On les voit aussi souvent à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure, au milieu que sur l'un des côtés ; quelquefois même elles correspondent à l'une des commissures. Dans ces dernières circonstances, on a moins à rétablir la continuité de l'une des lèvres, qu'à resserrer, soit d'un côté seulement, soit des deux côtés à la fois, l'ouverture de la bouche, rendue démesurément grande par une plaie des commissures qui n'a point été réunie. Sur tout cela je n'ai rien vu, je n'ai rien fait, et je n'ai rien à vous rapporter qui ne soit plus ou moins bien exposé dans presque tous les ouvrages de chirurgie, qui n'ait été observé par la plupart des chirurgiens, et que vous n'ayez observé vous-même. Je me ferais un reproche de faire entrer dans ma correspondance avec vous la relation de choses trop communes.

Il en est tout autrement de certaines grandes divisions des lèvres avec perte de substance, et plus ou moins irrégulières. Le temps n'est pas encore bien éloigné où les difformités qui en résultent étaient considérées comme incurables : les premières tentatives qui ont été faites pour

y remédier, ne remontent pas à plus de vingt-cinq ou trente années : rien n'est décrit à cet égard dans les ouvrages didactiques; et pour longtemps encore, il sera presque impossible de soumettre à des règles, et de tracer avec méthode l'art de reconstituer l'une des lèvres, ou les deux lèvres, dans les circonstances dont il s'agit. Tout étant singulièrement variable dans la difformité elle-même, à ce point qu'on n'a peut-être jamais vu deux cas exactement semblables, tout doit être propre à chaque cas en particulier dans la manière de s'y prendre pour réparer le désordre. Plus que beaucoup d'autres, les restaurations dont il s'agit appartiennent à la catégorie des opérations insolites qui se refusent à une description générale, et qui ne se comprennent bien que par le récit des faits particuliers.

Les trois suivants offrent un intérêt remarquable sous quelque point de vue qu'on les considère. Par un singulier hasard, c'est à des époques assez rapprochées les unes des autres que je les ai recueillis; et depuis le temps où l'occasion s'est ainsi présentée à moi d'appliquer trois fois les ressources de la chirurgie restauratrice à de grandes pertes de substance des lèvres anciennes et permanentes, je n'ai vu aucun cas du même genre. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que les trois cas que je vais rapporter étaient à la fois semblables, ou du moins fort analogues les uns aux autres, et très différents : semblables ou analogues, quant à l'origine de la difformité, et relativement à cette circonstance qu'il y avait eu destruction des lèvres dans une grande étendue : différents entre eux, quant à la forme et à la grandeur de la perte de substance, et si différents même sous ce rapport qu'ainsi que vous le remar-

querez, il y a eu une gradation notable dans les difficultes de l'opération pour les trois cas.

Ire Observation.—*Destruction des deux tiers moyens environ de la lèvre inférieure; déformation de l'arcade alvéolaire correspondante, et saillie de cette arcade entre les deux bords irréguliers de la solution de continuité des parties molles; légère inclinaison en avant des dents incisives. — Ablation d'une partie de l'os maxillaire inférieur dans toute sa hauteur et dans sa partie moyenne; puis réunion des parties latérales de la lèvre.— Reconstitution de cet organe sans autre trace de la difformité première qu'une cicatrice médiane, et une légère projection de la mâchoire en arrière.*

Le sujet était un jeune homme de vingt-deux ans, originaire de l'Auvergne, et que le désir d'être soumis à tout ce qu'on croirait utile de faire pour le délivrer de sa difformité avait amené à Paris. Il en était atteint depuis l'âge de sept ans. Elle avait eu pour cause une affection gangréneuse de la lèvre inférieure, après laquelle on avait été dans la nécessité de commettre aux seuls soins de la nature la guérison de la plaie fort étendue et fort irrégulière qui était résultée de la séparation des parties sphacélées. Bien qu'il perdît habituellement une assez grande quantité de salive, la digue que la lèvre inférieure forme naturellement à ce fluide n'existant plus, ce jeune homme était vigoureusement constitué, et rien n'annonçait en lui que ses fonctions digestives eussent jamais été languissantes.

Pour la forme, pour l'étendue, la solution de continuité de la lèvre pouvait être comparée à celle que la main du chirurgien produit si souvent quand, pour enlever une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure, on a compris la tumeur entre deux incisions qui ont commencé sur le bord libre de chaque côté, à peu de distance des commissures. Seulement elle ne se prolongeait pas autant du côté du menton. De ce côté aussi elle finissait en cintre. De plus, ses bords, minces et adhérents à

l'os maxillaire, avaient une longueur inégale ; le gauche, presque vertical, était plus court que le droit, qui était comme échancré.

Il y avait, ai-je dit dans le sommaire de l'observation, légère projection en avant de toute la partie du rebord alvéolaire qui correspondait à la perte de substance de la lèvre inférieure, et de plus inclinaison en avant de toutes les dents incisives. Ces dents se croisaient avec celles de la mâchoire supérieure, contrairement à ce qui a lieu dans l'état naturel ; et cependant on ne pouvait pas dire que le sujet présentât cette conformation anormale de la mâchoire inférieure qui constitue le menton de galoche. Et, en effet, ce n'était pas toute la mâchoire qui était projetée en avant ; il y avait eu seulement développement irrégulier de cet os, implantation vicieuse des dents. Mais, telle était l'avance formée, et par les dents, et par le rebord alvéolaire, entre les bords de la solution de continuité de la lèvre, qu'il n'était pas possible de réunir ces bords l'un à l'autre en conservant l'os maxillaire dans toute son intégrité. Je ne sais pas si ce n'eût pas été chose praticable de refaire la lèvre, toujours sans toucher à l'os, au moyen de deux lambeaux latéraux taillés en dehors de la perte de substance, et qui auraient été joints l'un à l'autre sur une ligne horizontale par leurs extrémités libres, après avoir subi une sorte de rotation d'un quart de cercle environ. Dans cette manière de faire, la plus grande partie du bord libre de la lèvre nouvelle aurait été formée par les bords mêmes de la solution de continuité ; un vide serait resté au-dessous de la lèvre ainsi reconstituée, en partie au moins ; et ce vide, on aurait pu le remplir par une seconde autoplastie. Pour cela il aurait fallu amener au devant de l'os maxillaire un lambeau formé des parties molles du menton et d'une partie des téguments de la région sus-hyoïdienne, comme dans l'opération pratiquée pour la première fois par Chopart. L'imitation aurait été plus simple que le procédé primitif, puisqu'il n'y aurait eu à reconstituer, de cette manière, que la moitié inférieure de la lèvre. Ce n'était pas le cas de pratiquer l'opération

de Chopart dans toute sa pureté, c'est-à-dire d'entreprendre de reconstituer toute la lèvre avec un seul lambeau emprunté aux régions mentonière et sus-hyoïdienne, et amené par glissement au-devant de la mâchoire inférieure jusqu'à la hauteur des dents. Avec l'expérience que j'ai de ce procédé, pour l'avoir appliqué plusieurs fois dans d'autres circonstances, je n'y aurais pas recours dans un cas analogue à celui que je décris.

Je n'y songeai pas alors, ou, si la pensée m'en vint, je ne m'y arrêtai pas. Je n'eus pas non plus celle de l'opération que je supposais il n'y a qu'un moment. Maintenant que j'y réfléchis, maintenant aussi que je suis aussi familiarisé que possible avec tous les genres d'autoplastie, ou que j'ai tant de fois et de tant de manières différentes pratiqué cet art de reconstituer certains organes, il me semble qu'une telle chéiloplastie aurait pu réussir.

En présence de l'obstacle que l'inclinaison des dents et la proéminence du rebord alvéolaire mettaient au rapprochement des parties de la lèvre qui subsistaient encore, je ne vis qu'un parti à prendre ; c'était de diminuer la courbe formée par l'os maxillaire; c'était de retrancher une portion de cet os dans sa partie moyenne. Ce retranchement opéré, il devait être facile de rapprocher les deux parties latérales, ainsi qu'on le fait après toutes les amputations d'une partie de l'os maxillaire inférieur. Par suite de ce rapprochement, l'os devait avoir diminué d'étendue à la fois d'un côté à l'autre, et d'avant en arrière; et les difficultés pour la réunion des parties molles devaient être singulièrement amoindries. C'était réduire l'os, ou le rapetisser, pour le mettre en rapport avec le degré d'extensibilité des parties molles qu'il s'agissait de réunir, puisqu'il n'était pas possible de faire subir à ces parties une extension proportionnée à la grandeur de la surface qu'elles devaient recouvrir.

Tout fut fait conformément à ce plan; et tout se passa au gré de mes désirs. Avant d'attaquer l'os maxillaire, non-seulement j'en séparai les parties molles qui y adhéraient, jusqu'au-dessous de la perte de substance de la lèvre; mais

encore je fis les excisions nécessaires pour aviver les bords de la solution de continuité, et avoir une plaie régulière dont je pusse mettre les deux côtés en rapport. En procédant de cette manière, je voulais pouvoir opérer un rapprochement fictif de ces deux côtés de la plaie, et prendre ainsi la mesure de la portion d'os qu'il fallait retrancher, pour établir entre eux un contact immédiat. Au moment où je vous expose le cas, j'ai sous les yeux cette portion d'os que j'ai conservée : elle a près de 2 centimètres de largeur, et contient encore les trois dents incisives qui s'y trouvaient implantées. Pour l'enlever, je me suis servi d'une petite scie à lame très fine : j'ai dû détruire l'attache des muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens aux apophyses géni. Mais, comme il arrive dans toutes les ablations d'os où des insertions musculaires sont détruites, ces muscles ont dû plus tard chercher et trouver d'autres adhérences sur les parties conservées de l'os maxillaire.

Mes mesures avaient été bien prises : la résection étant faite, je n'éprouvai que très peu de difficultés pour rapprocher et pour réunir les bords de la solution de continuité des parties molles. Cela se fit comme si j'avais eu pratiqué l'ablation d'une tumeur carcinomateuse un peu considérable de la lèvre inférieure. Je n'avais pas négligé, comme bien vous pensez, la précaution de prolonger autant que possible, en arrière et en bas, la séparation de la joue d'avec l'os maxillaire, afin de rendre plus extensibles les parties que je devais réunir. A peine ai-je besoin de vous dire que, pour opérer cette réunion, je me suis servi de la suture entortillée. A cause de la hauteur de la lèvre, il a fallu placer quatre aiguilles. Quand je les retirai, et je les retirai toutes dans le cours de la cinquième journée, l'adhésion était parfaitement établie entre les parties molles extérieures. On pouvait bien juger déjà de l'aspect particulier que présenterait le bas de la figure. Ce que la nature avait à faire, c'est-à-dire la consolidation de la mâchoire, ne devait rien y changer, puisque les deux parties de l'os conservé étaient en contact immédiat. Le malade resta assez longtemps soumis à

mon observation pour que j'aie vu s'opérer cette consolidation de la mâchoire. Lorsqu'il s'éloigna de moi pour rejoindre ses pénates, il avait une lèvre inférieure bridée, et un peu courte d'un côté à l'autre, bien qu'elle eût pris du développement depuis qu'elle était reconstituée ; mais cette lèvre couvrait les dents inférieures; et par elle la salive était retenue dans la bouche, dont l'ouverture était nécessairement un peu étroite. Une cicatrice linéaire était la seule trace de l'énorme solution de continuité qui avait existé précédemment. Toutefois, quelque chose d'un peu choquant au premier coup d'œil avait succédé à l'ancienne difformité ; c'était l'aplatissement du menton, et une sorte de rétrait de toute la mâchoire inférieure, ce qui faisait paraître la mâchoire supérieure et le nez un peu proéminents. Cette défectuosité du bas de la figure n'était cependant guère plus forte qu'on ne la voit chez quelques individus par une disposition primordiale.

IIe Observation.—*Destruction de chacune des deux lèvres presque en totalité, avec développement anormal et proéminence de l'une et de l'autre mâchoire.—Reconstitution de la lèvre inférieure, mais de cette lèvre seulement, après l'ablation d'une portion de l'os maxillaire correspondant dans toute sa hauteur, et dans sa partie moyenne.*

C'était la même cause que chez le sujet précédent, qui avait produit un tel désordre dans les parties molles et jusque dans les os de la face : la perte de substance des lèvres avait pareillement succédé à une affection gangréneuse dont le sujet avait été atteint dans son enfance ; et ce sujet était une jeune fille de dix-huit ans, originaire de Limoges, qui m'avait été recommandée par M. Cruveilhier, et que je reçus à l'hôpital de la Charité dans le cours de l'année 1825. Sans sa difformité, qu'elle ne pouvait que bien difficilement soustraire aux regards de tous, cette jeune fille aurait été d'une beauté remarquable, à en juger par la forme gracieuse du nez, par l'éclat des yeux, que voilaient de grandes paupières, et les contours réguliers de

toute la partie supérieure du visage, couronnée par une belle chevelure brune.

La destruction des lèvres avait donc précédé l'époque du parfait développement des os; et comme chez le sujet du cas dont il était question à l'instant, il en était advenu une étrange conformation des deux arcades alvéolaires, ou plutôt de la mâchoire inférieure et des os maxillaires supérieurs. Ces os, n'étant plus soutenus par les lèvres, s'étaient arqués considérablement en avant, et leur partie moyenne, très recourbée, proéminait entre les lèvres de la solution de continuité des parties molles. Permettez-moi de vous le dire, mon cher Lawrence, c'est une chose très remarquable, et qui n'a peut-être pas été étudiée autant qu'elle mériterait de l'être, que l'influence du jeu, de l'action, ou même de la seule présence des parties molles, surtout des parties molles agissantes ou contractiles, sur la conformation des os avant que le développement de ceux-ci soit arrivé à son terme. Qu'elle vienne à manquer par une circonstance quelconque, les os prennent une conformation anormale plus ou moins bizarre : le fait que je raconte en est un exemple remarquable. Qu'elle vienne, au contraire, à s'exercer après avoir manqué pendant un laps de temps plus ou moins long, alors certaines dispositions défectueuses des os peuvent disparaître. Cela va jusqu'au point que des os détachés ou séparés, et qui n'auraient pas dû l'être, se rapprochent et se confondent. C'est ce qu'on voit pour les maxillaires supérieurs dans le bec-de-lièvre compliqué de la diduction de ces os, lorsque l'opération applicable à la difformité de la lèvre est pratiquée dans les premières années de la vie : par le seul fait de la réunion de la lèvre, la communication de la bouche avec les narines disparaît insensiblement. Même chose a lieu pour la partie la plus reculée de la voûte palatine après la suture du voile du palais, dans les cas de division de ce voile avec écartement des os palatins. Mais il faut que l'opération soit pratiquée sur des sujets qui touchent encore à l'époque de la nubilité

Ce n'étaient pas sans doute des chirurgiens habitués à triom-

pher des grandes difficultés; mais des hommes distingués cependant dont on avait déjà réclamé les conseils, avaient déclaré que l'art était impuissant, et sans ressources, contre une difformité aussi grande que celle qui existait chez la jeune Élisa Berthier (c'était le nom de la fille dont je raconte le cas). Dès le moment où je la vis, j'eus une pensée différente; et me rappelant ce à quoi j'étais parvenu chez le jeune homme du cas précédent, je formai le projet d'user de la même ressource pour rétablir la continuité des parties divisées; car tel était l'état des choses chez la jeune fille dont il s'agit en ce moment, que, malgré la souplesse et l'extensibilité dont jouissent les parties molles du visage, surtout après qu'on a détruit leurs connexions profondes avec les os qu'elles recouvrent, on ne pouvait pas songer à faire avancer ce qui restait des lèvres et de la joue gauche sur la double saillie formée par les arcades alvéolaires. Il n'y avait pas moyen non plus d'emprunter aux parties voisines pour combler le vide que présentait chacune des lèvres. Et quand même on eût pu réussir par l'un ou par l'autre de ces deux expédients, l'âge du sujet se serait opposé à ce que les mâchoires reprissent une conformation régulière. La jeune fille aurait donc conservé une partie de sa difformité.

Mais, ce que précédemment j'avais fait à l'os maxillaire inférieur seulement, il fallait ici le pratiquer sur l'une et sur l'autre mâchoire. Pour la supérieure, les difficultés devaient être plus grandes et le succès plus incertain, puisque toutes les pièces qui entrent dans la composition de cette mâchoire forment un tout continu, lui-même solidement uni au crâne; et qu'après une ablation plus ou moins considérable faite à la partie moyenne, il n'est pas possible de faire incliner l'une vers l'autre et de mettre en contact les deux parties latérales, comme on le peut, au contraire, à la mâchoire inférieure, jointe au crâne par une double articulation. Le seul fruit, le seul bénéfice que je pouvais espérer de ce retranchement d'une portion des os maxillaires supérieurs, c'était d'avoir un espace vide à la place d'un plan solide et bombé;

c'était de pouvoir opérer le rapprochement des deux parties de la lèvre sur une ligne droite horizontale. Je pensais, du reste, qu'une fois cette lèvre supérieure reconstituée, il serait possible de remplacer par une pièce artificielle régulière la partie enlevée de l'arc maxillaire; de telle sorte que la seule difformité choquante qui résulterait de l'ablation des parties osseuses pour la restauration des deux lèvres serait une dépression plus ou moins grande, une sorte de reculement de la mâchoire inférieure. Mais je ne voulais pas agir en même temps, le même jour, sur les deux mâchoires ; il n'aurait pas été sans inconvénient de travailler à refaire les deux lèvres par une seule et même opération ; et je trouvais plus convenable de pratiquer deux opérations distinctes, à deux époques plus ou moins éloignées l'une de l'autre, en commençant par la lèvre inférieure.

Mon plan fut ainsi arrêté, et la jeune fille donna d'abord son consentement pour toutes choses. Tout ce dont devait se composer la première opération fut fait dans les premiers jours d'août. Comme pour le jeune homme du cas précédent, je détachai de l'os maxillaire, je régularisai et j'amenai à l'état sanglant les bords de la solution de continuité des parties molles avant d'agir sur l'os lui-même. Il va sans dire que je ne me bornai pas à détacher ces bords, mais que je détruisis aussi loin que possible, et jusque sous la mâchoire, les connexions naturelles de la lèvre et des joues avec cet os, afin de donner aux parties qu'il s'agissait de rapprocher, et de réunir, une grande extensibilité. Je procédai ensuite à la section de l'os, ou plutôt j'eus à faire deux sections verticales et parallèles, pour lesquelles j'employai une petite scie à main dont la lame était étroite et mince ; et le résultat fut l'ablation d'une portion de la mâchoire inférieure qui avait environ un pouce, ou 3 centimètres de largeur. Cette perte de substance faite à l'os ne correspondait pas parfaitement à la partie moyenne. A cause du mode de déformation que l'os avait subie, il me parut convenable de pratiquer l'une des deux sections sur la ligne médiane, et l'autre en dehors et à gauche : d'ailleurs la solution de continuité des

parties molles n'était pas partagée également par la ligne médiane : elle occupait principalement le côté gauche.

La pièce d'os étant enlevée, il fut facile de rapprocher et d'amener à un contact mutuel les deux parties latérales de la mâchoire inférieure; l'intervalle qui séparait les bords de la division de la lèvre disparut aussi presque entièrement; du moins n'ai-je pas eu beaucoup de peine pour rapprocher ces bords et en opérer la réunion. Cette réunion, je la fis au moyen de la suture entortillée. Il a suffi de cinq points, ou de cinq aiguilles, pour opérer une coaptation parfaite; et ces aiguilles n'ont été retirées qu'après cinq jours écoulés depuis le moment où la suture avait été faite. L'une d'elles, c'était la supérieure, placée dans une direction verticale, m'avait servi à réunir du côté gauche une petite partie du bord de la division inférieure à ce qui restait de la lèvre supérieure du côté correspondant. De cette manière, j'avais déjà un peu diminué la grande échancrure, le grand vide que présentait cette dernière partie, et je m'étais mis en mesure d'éprouver moins de difficultés pour la seconde restauration que j'avais à faire.

Aucun accident n'est venu compliquer les suites de l'opération, ni entraver le travail de la nature, tant pour la réunion définitive des parties molles que pour la consolidation de l'os, dont une portion avait été retranchée. Bien qu'il soit connu, depuis Lamotte, que la soudure des bouts d'un os qui a été coupé se fasse plus difficilement, et surtout plus lentement, que celle des bouts d'un os cassé ou fracturé, cependant, après un mois, il n'y avait plus de mobilité entre les deux parties de l'os maxillaire. Cet os était consolidé, et sa conformation était assez régulière. Il était recouvert moins par une lèvre proprement dite, j'en conviens, que par une couche de parties molles peu mobile, et un peu tendue. Mais cette lèvre, tant soit peu informe ou incomplète, cachait suffisamment l'arcade dentaire; une cicatrice simplement linéaire en partageait la surface; elle finissait en haut par un bord libre, mince et peu prononcé vers la partie gauche, très épais au contraire, arrondi et vermeil du

côté droit ; et par elle la salive était convenablement retenue dans l'intérieur de la bouche.

Après quelques semaines, le moment était venu de faire en haut, ou pour la lèvre supérieure, ce que j'avais fait en bas. Je l'ai dit plus haut, de grandes difficultés m'attendaient, puisqu'une portion du rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure étant enlevée, l'état naturel de fixité de cette mâchoire ne devait pas me permettre d'en rapprocher les deux parties latérales, tandis que j'avais pu rapprocher les parties conservées de la mâchoire inférieure, mobiles dans leur double articulation. Mais le bonheur et le mérite de triompher de ces difficultés ne m'étaient pas réservés. Bien que la première opération n'eût été ni très laborieuse, ni très cruelle, la malade ne voulut pas en subir une seconde. Soit caprice, soit appréhension extrême de nouvelles souffrances, ou indifférence pour sa difformité, devenue déjà moins hideuse en effet, cette jeune fille résista à tous les moyens de persuasion que je pus employer. Elle me quitta pour retourner à Limoges, qui était sa ville natale : je lui avais rendu une lèvre inférieure à peu près régulière, et ce premier succès semblait faire présager la réussite des mêmes moyens appliqués à la restauration de la lèvre supérieure. J'avais espéré la revoir lorsque, plus âgée, elle aurait joint à une raison plus forte un plus vif sentiment de ce qu'il y avait de choquant dans sa difformité. Mon attente ne s'est point réalisée : je n'ai pas eu de nouvelles de cette jeune fille depuis le moment où elle m'a eu quitté ; et j'ignore complétement si elle est restée, ou non, dans l'état où elle se trouvait en sortant de mes mains.

Combien fut différente une autre jeune femme dont j'ai à parler ! de quelle patience elle se montra douée ! La résignation pour consentir à des souffrances vives, et pour supporter ces souffrances, plusieurs fois répétées, ne va pas au delà : c'est le courage stoïque dans toute sa force. Il fallait cela, en effet, pour que l'art obtînt le triomphe que je vais raconter.

Il s'agissait encore d'une mutilation qui avait eu pour cause première l'une de ces affections gangréneuses de la face ou de l'intérieur de la bouche qu'on observe particulièrement sur les jeunes sujets, et qui présente quelquefois le caractère épidémique dans les lieux où des enfants sont réunis en nombre un peu considérable. Ce n'était cependant pas tout à fait dans l'enfance du sujet que s'était déclarée la gangrène qui avait occasionné une perte de substance aussi étendue, tant des parties molles que des parties dures de la face; car Stéphanie Jolly (c'était le nom de la jeune fille dont une gangrène spontanée avait ainsi ravagé la figure) était seulement âgée de vingt et un ans à l'époque où je la vis pour la première fois, et sa difformité datait de deux ans seulement. Comme elle était originaire d'un de nos départements les plus éloignés de la capitale, elle avait attendu une occasion favorable pour venir à Paris. C'est au mois d'avril de l'année 1826 qu'elle y arriva, et que je la reçus à l'hôpital de la Charité, dans le service que M. Boyer et moi nous dirigions en commun.

IIIe Observation. — *Destruction de toute la moitié gauche de la lèvre supérieure, de la joue du même côté dans sa moitié supérieure, et d'une grande portion de la partie correspondante du nez, avec absence du rebord alvéolaire et de toute la paroi antérieure du sinus maxillaire. — Rétablissement de la continuité entre les diverses parties molles de la face, ou reconstitution de la lèvre, de la joue et du nez, sans autre vestige réel de la difformité que le défaut de symétrie et l'étroitesse de la bouche.*

Par le sommaire de l'observation, vous avez déjà une idée de la nature et de l'étendue du désordre dont la face était le siége; mais il faut que j'en complète la description par quelques

détails. Ce désordre consistait donc en une grande ouverture à contours irréguliers, toutefois approchant de la forme circulaire, qui se confondait avec la bouche. En bas, la circonférence de cette ouverture faisait suite au bord libre de la lèvre inférieure; en haut, elle était séparée du bord libre de la paupière inférieure par un espace d'un centimètre de largeur environ; en dehors, elle correspondait à peu près au milieu de l'os malaire; et en dedans elle confinait de très près avec la partie médiane du nez. Il n'y avait de conservé à celui-ci qu'une petite partie des téguments de la face latérale gauche. Bien entendu que, adhérente et fixe en haut, en dehors et en dedans, là où il y avait des os sous-jacents, cette circonférence de l'ouverture des parties molles était libre et mobile à la partie inférieure, puisqu'ici elle limitait la portion de la joue qui avait été épargnée par la gangrène. Cette ouverture laissait voir une partie de l'intérieur de la narine gauche, et aussi l'intérieur du sinus maxillaire, ou plutôt la paroi profonde de ce sinus; car il y avait eu, en même temps que gangrène et séparation des parties molles, nécrose et séparation d'une portion de l'os maxillaire supérieur. La langue, n'étant plus contenue par les dents, faisait presque continuellement saillie hors de la bouche, à travers l'ouverture même de la joue.

Un tel désordre semblait au-dessus des ressources de l'art; c'est ainsi que j'en jugeai au premier abord. Cependant je me laissai vaincre par les prières de la jeune fille; j'eus pitié de sa déplorable position, et je me décidai à attaquer des difficultés qui pouvaient paraître insurmontables. Le succès a dépassé mon attente. Je suis parvenu à refaire la lèvre supérieure, la paroi externe du nez et la joue. Sans doute, et bien qu'une parfaite continuité fût rétablie entre toutes les parties molles de la face, il restait des traces encore trop visibles, tant de la difformité même qui avait existé que de ce qui avait été fait pour la détruire : l'aile du nez était un peu irrégulièrement contournée; la joue était plate, puisque les os manquaient pour la soutenir, et toutefois, sans la perte de substance des os, il n'aurait pas

été possible d'obtenir le résultat auquel je suis parvenu : cette joue était couverte par les marques de nombreux points de suture, et sillonnée par plusieurs cicatrices linéaires, dont quelques unes circonscrivaient un lambeau de peau et de chairs par lequel était fermée l'ancienne ouverture. On eût dit que le côté gauche de la face avait été le siége d'une brûlure avec des escarres superficielles. Une autre chose choquante existait encore, c'était l'étroitesse et le défaut de symétrie de l'ouverture de la bouche, laquelle paraissait manquer dans sa partie gauche. Il aurait été facile de remédier à cette coarctation de la bouche : je dirai plus bas par quels motifs la fille Jolly se refusa à ce que je lui fisse une dernière opération, qui devait être bien minime, et par laquelle j'aurais couronné une œuvre jusque-là si péniblement et si heureusement accomplie. Mais avec cela, cette fille n'avait plus rien de repoussant dans sa physionomie; elle pouvait laisser son visage à découvert sans inspirer aucun dégoût; elle s'est fixée à Paris, où elle s'est créé des relations, et a travaillé comme elle aurait pu le faire avant d'avoir sa difformité. Elle pourrait vivre encore, puisqu'elle n'avait que vingt-deux ans lorsque je l'en délivrai, il n'y a pas trente ans. Mais elle a succombé fort jeune encore à une violente péripneumonie. C'est en 1837 qu'elle est morte, près de moi en quelque sorte, à l'Hôtel-Dieu, dans l'un des services de médecine, après avoir joui pendant une douzaine d'années du service que la chirurgie lui avait rendu, et dont j'avais été l'artisan.

Toutefois, jamais peut-être œuvre de l'art ne fut aussi compliquée dans son ensemble. J'y ai consacré une année, pendant laquelle la jeune malade a été soumise à sept opérations successives. De ces sept opérations, ou de ces manœuvres diverses, trois seulement ont concouru au résultat. Les quatre autres n'y ont aucune part directe : loin de là même, en changeant d'une manière désavantageuse la disposition des parties sur lesquelles j'avais à agir, elles ont pu ajouter aux difficultés de l'entreprise. Et pourtant il me faudra indiquer comment j'avais fondé

sur ces quatre opérations des espérances qui ne se sont pas réalisées.

On ne pouvait pas songer à combler en une seule fois, et par un seul emprunt fait aux régions circonvoisines, un vide aussi grand, à fermer une ouverture aussi considérable que celle dont j'ai donné la description. Sans m'occuper de ce que je ferais plus tard, je conçus d'abord le projet de rétablir l'ouverture de la bouche et la lèvre supérieure. C'était déjà réparer la difformité dans ce qu'elle avait de plus repoussant, et la transformer en un simple trou, fort irrégulièrement circonscrit sans doute, mais susceptible d'être déguisé, ou fermé par quelque moyen artificiel. Je parvins à ce premier résultat par une première opération, qui fut pratiquée le 25 avril. Ce dont j'avais besoin pour reconstituer la lèvre supérieure, je l'empruntai à la lèvre inférieure. J'entamai celle-ci dans toute son épaisseur, à gauche de la ligne médiane, par une incision un peu oblique de haut en bas, et de dedans en dehors, et longue de 2 centimètres environ. Préalablement j'avais avivé ou rafraîchi le bord cicatrisé par lequel finissait la partie de la lèvre supérieure qui subsistait encore. Ces deux choses terminées, j'amenai au niveau de cette lèvre l'espèce de lambeau qui se trouvait en dehors de l'incision que j'avais faite à la lèvre inférieure en partant du bord libre. Deux surfaces sanglantes se trouvèrent ainsi rapprochées l'une de l'autre, et mises en contact. Je les y maintins en pratiquant trois points de suture entortillée, comme s'il se fût agi d'un bec-de-lièvre, ou d'une plaie accidentelle verticale qui aurait compris toute l'épaisseur de la lèvre.

Rien ne mit obstacle à la réunion, qui s'accomplit dans un laps de temps très court. Ce fut une chose remarquable que l'apparence que prirent et que présentèrent après très peu de temps la bouche et la lèvre supérieure, dont toute une moitié était nouvellement reconstituée. C'était l'angle de la plaie que j'avais faite à la lèvre inférieure qui formait la nouvelle commissure : c'était le bord interne de cette plaie qui prolongeait

la portion conservée du bord libre de cette lèvre inférieure. Entraînées par le lambeau, et cédant au mouvement d'ascension ou au déplacement que je lui avais fait éprouver, cette nouvelle commissure et la partie nouvelle du bord libre de la lèvre inférieure étaient remontées et avaient pris place sur une ligne à très peu près horizontale ; elles se trouvaient presque de niveau avec la commissure du côté opposé. La nouvelle bouche différait bien peu de la bouche dans l'état normal.

J'avais donc déjà obtenu un grand changement dans la physionomie de la fille Jolly ; car la difformité ne consistait plus qu'en une ouverture à bords continus presque parfaitement circulaire, limitée en bas par la partie nouvelle de la lèvre supérieure, en dedans par le dos du nez, en dehors par la portion conservée de l'éminence malaire, et en haut par ce qui restait de la paupière supérieure. J'aurais pu me contenter de ce premier résultat, et aviser tout d'abord à quelque moyen artificiel, à quelque appareil de prothèse propre à fermer cette ouverture, lequel appareil aurait à demi, ou d'une manière telle quelle, déguisé ce qui restait de la difformité. Mais j'avais affaire à un sujet que la nature avait doué d'un grand courage, et qui était décidé à souffrir sans relâche pour être affranchi de ce que sa position avait d'horrible. Sa propre résolution me rendit moi-même plus entreprenant, et m'engagea à poursuivre l'œuvre que j'avais commencée.

Il s'agissait donc d'obtenir l'occlusion d'une ouverture tant soit peu irrégulièrement circonscrite, néanmoins à peu près circulaire, qui n'avait guère moins d'un pouce de diamètre dans tous les sens. Emprunter aux parties environnantes un lambeau propre à combler une telle perte de substance, et dont on aurait joint les bords aux bords mêmes de l'ouverture, après une torsion plus ou moins forte imprimée au pédicule, était chose impossible : la matière manquait dans presque tous les sens : et d'ailleurs, formé de la peau seulement, dont la surface adipeuse aurait été tournée et à nu vers l'intérieur de la joue, ce lambeau aurait été bientôt frappé de mortification.

Nonobstant les grandes difficultés à vaincre, il me sembla que j'atteindrais mieux le but en cherchant à rapprocher de leur centre commun les bords de l'ouverture, en mettant ces bords en contact avec eux-mêmes, après avoir soulevé, et détaché aussi loin que possible des os auxquels elles adhéraient, les parties molles, de manière à les rendre susceptibles d'éprouver une grande extension. Il va sans dire qu'il y avait un avivement à faire sur toute la circonférence de l'ouverture. C'était par la suture, et par la suture seulement, qu'on pouvait espérer maintenir ces parties en contact ; la suture simple, ou à points entrecoupés, me parut celle qui était le mieux appropriée à la circonstance.

Vous comprenez, mon cher ami, l'opération ainsi faite sans que j'aie besoin de la décrire minutieusement. Tentée une première fois le mardi, 5 juillet, deux mois passés après la reconfection de l'ouverture buccale et de la lèvre supérieure, elle ne réussit pas. J'étais bien parvenu à mettre en contact immédiat les bords de l'ouverture, et à clore celle-ci presque complétement; mais, trop tendues, les chairs furent bientôt coupées par quelques uns des points de suture ; la même où la coaptation fut plus stable, il n'y eut pas de réunion, et les choses se rétablirent dans l'état qui avait précédé immédiatement.

Cependant, comme j'avais presque atteint le but, comme surtout je n'avais pas éprouvé des difficultés extraordinaires pour faire disparaître, momentanément au moins, la perforation de la joue, je renouvelai après quelque temps la même opération. Je pris le soin de séparer les parties molles d'avec les os là où elles adhéraient à ceux-ci, plus encore que je ne l'avais fait la première fois, afin de leur faire subir toute l'extension possible. Mais j'échouai dans cette nouvelle tentative, comme j'avais échoué dans la première, et de la même manière. Cela se passait au mois de septembre suivant.

Plus tard, quand toutes les traces de l'inflammation des parties molles eurent disparu, et que ces parties eurent recouvré leur souplesse primitive, je conçus le projet de dédoubler, vers

la demi-circonférence inférieure de l'ouverture, la lèvre et la partie de la joue qui restait, et de faire servir une portion de leur couche intérieure à combler le vide que présentait la face. Je ne doutai pas que la surface muqueuse devenue extérieure, et en supposant l'adhésion du lambeau, ne prît avec le temps l'apparence de la peau. C'est, comme Bichat l'a si bien exposé dans son *Anatomie générale*, ce qui a lieu toutes les fois qu'une membrane muqueuse est accidentellement soumise à l'action continuelle de l'air et au contact des corps extérieurs. Alors, en effet, la sécrétion muqueuse diminue, l'épithélium prend la consistance de l'épiderme, et la membrane elle-même perd sa teinte rosée. Par contre, ainsi que je l'ai déjà rappelé, la peau a une grande tendance à se dépouiller des caractères qui la distinguent, et à revêtir quelques uns de ceux des membranes muqueuses, quand elle est pendant longtemps en contact avec elle-même, et soustraite à l'influence immédiate des agents extérieurs.

Ce dédoublement d'une partie de la lèvre et de la joue fait à l'intérieur, et de manière à avoir un lambeau dont le bord convexe pouvait être rapproché de la demi-circonférence opposée de l'ouverture, je l'opérai sans beaucoup de peine; et je parvins encore une fois à établir une continuité artificielle entre toutes les parties molles de la face. Mais, pour le résultat définitif, je devais encore être trompé dans mon attente. Je n'avais pas voulu trop diminuer l'épaisseur de la lèvre et de ce qui restait de la joue; et le lambeau, trop mince, se gangréna en partie. La base, conservée, reprit la place qu'elle occupait antécédemment. Il n'y eut pas agrandissement de l'ouverture; et la diminution d'épaisseur de la lèvre et de la joue fut à peine marquée.

Au temps où remonte le fait dont je vous raconte les principales circonstances, je n'avais point encore réfléchi autant que je l'ai fait depuis à tous les procédés par lesquels on peut travailler à la reconstitution, à la restauration des parties extérieures du corps; je ne connaissais pas, et l'on ne connaissait

pas alors toutes les ressources de l'autoplastie. Il y avait donc eu quelque hardiesse dans ces premières entreprises, tout infructueuses qu'elles ont été. Une autre ne devait pas avoir plus de succès, et je m'y étais livré cependant avec une certaine confiance. Ne pouvant faire aucun emprunt aux téguments voisins de l'ouverture, j'imaginai d'en faire un à une partie éloignée, et cela comme dans la rhinoplastie par la méthode italienne. Je voulais un lambeau de peau seulement, mais il me fallait le prendre dans une région où la peau présente une certaine épaisseur, et dans une partie qui se prêtât à être maintenue en contact avec la joue pendant tout le temps nécessaire à l'adhésion du lambeau. Je choisis la main. Toujours animée du plus grand courage, et résignée à subir les opérations les plus cruelles pour être délivrée complétement de sa difformité, la fille Jolly agréa la proposition que je lui fis. Cette opération nouvelle (c'était la cinquième qu'elle subissait) je la lui pratiquai le samedi 12 novembre. Le lambeau fut pris sur l'éminence hypothénar : je le taillai en raquette : la partie libre était tournée ou dirigée du côté du poignet ; et le pédicule, que j'avais eu soin de ne pas faire trop étroit, correspondait au milieu de la région palmaire. Avec quatre points de suture simple, je parvins, non sans peine toutefois, à ajuster la circonférence de ce lambeau dans les deux tiers environ de son étendue avec les deux tiers supérieurs de l'ouverture qu'il s'agissait d'obturer. Je devais, si la réunion s'opérait, et après que le lambeau eût été parfaitement identifié avec les parties molles du visage, couper le pédicule, et le rattacher à la partie encore libre de l'ouverture faciale. J'aurais opéré ainsi l'occlusion complète de cette ouverture.

Mais, jusqu'à ce que les choses fussent arrivées à ce point, et précisément pour que la nature pût accomplir l'œuvre qui lui était confiée, il fallait que, par une position particulière de tout le membre supérieur, la main fût appliquée sur la face et maintenue dans une parfaite immobilité ; le moindre ébranlement imprimé au lambeau pouvait faire qu'il fût déchiré par

les points de suture. Un appareil fait avec une simple bande, et improvisé pour la circonstance, me parut satisfaire pleinement à cette indication. Il la remplissait, en effet, au moins au moment où j'en fis l'application.

Mais ce qu'on pouvait bien appréhender, arriva : malgré toute la surveillance qu'on put exercer, malgré la préoccupation et les soins de la malade elle-même, l'appareil se relâcha, et la main glissa un peu sur la joue : cela suffit pour causer la déchirure des parties étreintes par les fils au niveau de plusieurs des points de suture. Cela se passa dans le cours de la troisième journée. La déchirure eut lieu vers les parties molles de la face plutôt que du côté du lambeau emprunté aux téguments de la main. Ce lambeau conserva toute son intégrité ; il fut conservé tout entier ; et aussitôt que j'eus acquis la triste certitude de la non-réussite de l'opération, je me hâtai de le réappliquer sur les muscles de l'éminence hypothénar. Bien que la suppuration fût déjà établie sur la plaie de la main et sur la surface celluleuse du lambeau, l'adhésion se fit parfaitement, et la main ne conserva plus tard d'autre trace de l'emprunt que j'avais voulu lui faire, et de mon entreprise, peut-être trop hasardée, qu'une cicatrice simplement linéaire. Après la cicatrisation nouvelle des bords de l'ouverture de la face, lesquels bords avaient dû être avivés pour la troisième fois, il sembla n'y avoir rien de changé dans la forme et les dimensions de cette ouverture, tant j'avais été attentif, en pratiquant l'avivement, à n'agir que très superficiellement.

Sincèrement affligé de ce nouvel échec, et croyant avoir épuisé pour le cas présent toutes les ressources de l'autoplastie, je ne songeai plus qu'à masquer le mieux possible la difformité au moyen d'un appareil qui ferait l'office d'obturateur. La malheureuse fille Jolly, dont l'état primitif était sans doute beaucoup amélioré, et qui s'était vue plusieurs fois sur le point d'obtenir une guérison complète, consentit bien d'abord à ce que je lui fisse construire un tel appareil : elle m'avait exprimé l'intention d'en faire usage ; et vraiment, tel que je

l'avais imaginé, il remplissait le but que je m'étais proposé; la fille Jolly devait en retirer quelque avantage. Mais à peine l'eut-elle vu qu'elle changea de résolution; elle ne voulut même pas qu'on en fît l'essai. Autant elle avait été jusqu'alors docile à mes projets, et soumise à tout ce que j'avais voulu lui faire, autant elle s'opiniâtra à repousser l'appareil en question. Quoique son état primitif fût beaucoup amélioré, elle tomba dans une sorte de désespoir, précisément parce que son malheureux sort paraissait définitivement fixé. En même temps qu'elle déplorait sa situation au point de déclarer que la vie lui était devenue insupportable, elle faisait appel à tout ce que l'art pourrait encore imaginer; elle me suppliait de me livrer sur elle à de nouvelles entreprises; elle ne craignait pas, disait-elle, d'être un sujet d'expériences; et je ne pourrais rien lui proposer, rien lui faire qui lui parût trop cruel, et qu'elle ne fût disposée à supporter, si j'y entrevoyais quelques chances de succès.

Les obsessions de cette malheureuse fille firent naître dans mon esprit une pensée qui ne s'y serait peut-être jamais présentée près d'un malade plus résigné à son sort. Vous avez vu, mon cher Lawrence, comment une portion de la lèvre inférieure avait été amenée jusqu'au-dessous du nez, comment avec elle et par elle se trouvait reconstituée la lèvre supérieure. Après plus de six mois écoulés depuis cette première migration, la portion de lèvre déplacée semblait comme si elle avait toujours été là où on la voyait maintenant. Par suite aussi de l'ascension qu'avaient éprouvée les autres parties molles voisines de la mâchoire, l'angle de la plaie faite à la lèvre inférieure, lequel formait la nouvelle commissure, se trouvait sur la même ligne horizontale que la commissure du côté opposé. Eh bien, frappé de cet état des choses plus que je ne l'avais été précédemment, je me demandai si la portion nouvelle de la lèvre supérieure ne serait pas susceptible d'un nouveau déplacement, et d'un déplacement plus considérable que celui qu'elle avait déjà subi; si dès lors je ne pourrais pas reprendre à cette lèvre su-

périeure ce qui lui avait été donné, ou en détacher un lambeau que je porterais à la hauteur du nez jusqu'au-dessous de la paupière, lequel lambeau servirait à former la narine, et à reconstituer la joue. Une telle entreprise étant couronnée de succès, il resterait à compléter de nouveau la lèvre supérieure par quelque autre manœuvre.

Ce qui n'était d'abord qu'une pensée vague prit bientôt dans mon esprit le caractère d'un projet raisonnable; et bientôt aussi j'eus le pressentiment du succès. Grande fut la joie de la fille Jolly quand je lui fis part de ce que je voulais tenter, et de mes nouvelles espérances. A peine consentit-elle à quelques jours de délai. Je l'opérai pour la sixième fois le 24 février. Vous devinez, et vous comprenez par avance les détails de ce que j'eus à lui faire; j'éviterai de vous les tracer longuement. Je fendis la lèvre dans toute sa hauteur, immédiatement au-dessous de la cloison des narines sur la ligne médiane, là même où se joignaient les deux portions, ancienne et nouvelle, de cette lèvre. Préalablement, j'avais avivé le bord libre ou la circonférence de l'ouverture dans toute son étendue, et j'avais encore une fois détaché des os sous-jacents, et les téguments du nez, et la portion conservée de la paupière inférieure, et le peu qui restait de la joue du côté de l'arcade zygomatique. De cette manière je pouvais faire éprouver à toutes ces parties un certain allongement, et les amener en quelque sorte à la rencontre du lambeau. J'opérai la réunion avec une facilité qui me surprit, en entremêlant quelques points de suture simple avec quelques points de suture entortillée. Je ne pouvais songer à aucun autre moyen, ni comme agent principal de jonction, ni comme moyen auxiliaire. Le travail adhésif s'effectua sans accident aucun, et de la manière la plus complète. Dès la fin du quatrième jour après cette opération nouvelle, j'enlevai quelques-uns des points de suture: j'en avais placé huit en tout; les autres furent détruits vingt-quatre heures plus tard; et dès ce moment on pouvait se complaire à observer l'heureux résultat d'une entreprise qui avait

pu paraître bien hasardée ; au-dessus du plan de la lèvre supérieure et de l'ouverture de la bouche, une continuité parfaite était rétablie entre toutes les parties molles du visage ; le nez et la joue étaient reconstitués ; on ne voyait plus ni l'intérieur de la narine, ni l'intérieur du sinus maxillaire.

Chose remarquable, dès les premiers temps qui suivirent cette reconstitution de la joue et du nez, il fut sensible que, par un heureux bénéfice de la nature, toutes les parties molles avec lesquelles le lambeau avait contracté adhérence s'étaient allongées consécutivement : ce lambeau avait été comme un centre d'attraction autour duquel tout s'était élargi, le lambeau lui-même n'ayant subi, au contraire, aucune extension. On conçoit que les choses devaient se passer ainsi, ce lambeau, qui comprenait toute l'épaisseur de la lèvre, ayant peu d'extensibilité, tandis que les téguments circonvoisins étaient fort minces, partant très extensibles. Ce fut la peau de la paupière qui éprouva l'extension la plus grande. Cet état de choses devait se maintenir et s'est maintenu après même que, par une dernière manœuvre, j'eus reconstitué d'une manière telle quelle la lèvre supérieure. Il arriva donc que pendant les dix ou douze années que la fille Jolly a survécu, pendant tout le temps qu'elle a pu profiter et jouir du service que la chirurgie lui avait rendu, les limites de la surface du lambeau ne rappelaient que très imparfaitement la grandeur de la perte de substance que ce lambeau avait servi à combler. On aurait présumé l'ouverture beaucoup plus petite qu'elle ne l'avait été réellement.

Mais après un tel résultat, et puisque toute une moitié de la lèvre supérieure, séparée de l'autre moitié et portée au-dessus de la place qu'elle occupait, servait à former une partie du nez et une portion de la joue, cette lèvre n'existait plus qu'à demi ; l'ouverture de la bouche était de nouveau bizarrement configurée. Devais-je laisser les choses en cet état ? Non ; il fallait aller plus loin : c'est, du reste, ce que j'avais bien résolu de faire en cas de succès, lorsqu'après tant

de revers ou de contre-temps, après tant de tentatives infructueuses pour remplir le si grand vide qui existait encore à la joue, je m'étais décidé au parti extrême de briser ou de détruire l'organe que j'avais primitivement ramené à ses formes naturelles. C'était seulement une grande échancrure triangulaire à faire disparaître ; la difformité ne consistait plus qu'en une sorte de bec-de-lièvre placé tout à fait en dehors, c'est-à-dire, au-dessous de l'aile même du nez, avec écartement considérable des bords, ou plutôt avec déperdition d'une partie de la lèvre.

J'entrepris donc de rattacher ce que j'avais conservé de la lèvre à la partie la plus voisine de la joue reconstituée. Ce fut le but d'une septième opération, que je n'eus pas besoin de proposer deux fois à la fille Jolly : elle l'accepta peut-être avec plus d'empressement encore qu'elle n'en avait montré pour chacune des autres, parce qu'elle voyait dans le résultat à obtenir, résultat presque certain, l'accomplissement définitif de tous ses vœux. Je n'avais pas cru devoir opérer cette seconde restauration de l'ouverture de la bouche dans le même moment où je venais de changer la destination de la portion de la lèvre inférieure qui m'avait servi à reconstituer la lèvre supérieure ; je n'avais pas voulu réunir ainsi les deux opérations en une seule ; j'avais craint que le tiraillement du lambeau vers sa base n'empêchât son adhésion aux téguments du nez et de la paupière. Je n'oserais pas affirmer que mes appréhensions fussent bien fondées ; en tout cas, je ne me suis pas repenti du parti que j'avais pris. N'était la petite difficulté que j'éprouvai à mettre en contact, après les avoir eu avivées convenablement, les parties que je voulais joindre l'une à l'autre, à cause de l'intervalle assez grand qui les séparait, la nouvelle opération fut, à bien peu de chose près, ce qu'elle eût été pour un bec-de-lièvre accidentel ordinaire avec déperdition d'une partie de la lèvre. Je fis une suture entortillée avec trois aiguilles ; et ces aiguilles furent laissées en place pendant cinq jours, après lesquels il y avait adhésion parfaite

entre les surfaces que j'étais parvenu à mettre en contact. Dès lors la continuité fut rétablie entre toutes les parties molles de la face, sans vide aucun, sans autres lacunes que les ouvertures naturelles.

Ce n'était pas cependant que toute difformité eût disparu, et que la figure de la fille Jolly ne présentât aucune trace de l'horrible mutilation dont elle avait été le siége: la joue était plate ; plusieurs cicatrices en sillonnaient la surface; il n'y avait pas symétrie parfaite entre les deux parties du nez; enfin l'ouverture de la bouche, évidemment trop étroite, bien que suffisante pour tous les usages naturels, semblait placée plus à droite qu'à gauche; elle dépassait à peine, dans ce dernier sens, la ligne médiane du corps: mais enfin, la figure n'avait plus rien de repoussant. Pour qui n'eût pas su quelles opérations la fille Jolly avait eu à subir, et pourquoi ces opérations lui avaient été faites, elle paraissait porter les traces d'une brûlure qui avait dû être assez étendue en surface, mais peu profonde. Sa position n'inspirait plus ni pitié, ni dégoût ; cette fille a pu vivre de nouveau avec ses semblables, et reprendre ses anciennes habitudes sociales. Elle est restée à Paris, fille de comptoir dans une maison de commerce.

Ce qu'il y avait de plus choquant dans les vestiges de son ancienne difformité, ou plutôt dans sa physionomie nouvelle, c'était l'étroitesse et le défaut de symétrie de la bouche. On pouvait corriger cette imperfection, que je n'avais pas pu prévenir; il fallait déplacer la commissure gauche, ou en d'autres termes, agrandir la bouche de ce côté par une incision faite horizontalement ; puis faire en sorte que les deux bords de cette petite plaie transversale se cicatrisassent chacun isolément. A l'époque vers laquelle ma pensée se reporte en ce moment, on n'avait point encore eu l'idée si simple de reconstituer soudain, en tout ou en partie, le bord libre des lèvres, en faisant adhérer par première intention la membrane muqueuse et la peau. Il m'aurait donc fallu recourir à quelque autre procédé ; probablement je me serais contenté de tenir fortement écartés les deux bords de

l'incision, et j'aurais commis à la nature le soin de la formation d'une véritable cicatrice sur chacun de ses bords, au risque de voir la fente diminuer un peu d'étendue.

J'avais le vif désir de compléter ainsi l'œuvre qui m'avait occupé si longtemps. De son côté, la fille Jolly aurait aimé à jouir du résultat que je lui faisais entrevoir. Cependant je ne pus pas la faire consentir à ce qui eût été pour elle une dernière épreuve : le courage lui manqua. Elle avait bien voulu ne plus être un objet de dégoût, mais elle ne voulait pas céder à un sentiment de coquetterie. D'ailleurs un sentiment bien opposé, et des plus honorables, la préoccupait. Durant le long séjour qu'elle fit à l'hôpital, elle avait pris en grande affection une de ses compagnes de malheur, et s'était imposé le pieux devoir de venir à son aide en partageant avec elle le produit de son travail. Elle était donc impatiente de reprendre ses occupations. La fille Jolly a été fidèle à l'engagement que son âme compatissante lui avait fait contracter : pendant plusieurs années, et presque jusqu'à l'époque où, jeune encore, elle est venue finir ses jours à l'Hôtel-Dieu, elle a pourvu aux besoins de la jeune femme qu'elle avait considérée comme étant plus infortunée qu'elle ne l'était elle-même, et qui surtout était moins en état de travailler : trait de haute vertu qui ajoute à l'intérêt du cas si remarquable dont la fille Jolly a été le sujet.

J'arrive maintenant, mon cher Lawrence, à la relation du cas aussi rare que singulier sur lequel j'ai d'avance appelé votre intérêt, et dont je vous ai déjà indiqué le caractère étrange à propos de la rhinoplastie.

IVe Observation. — Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, en travaillant dans une carrière, avait eu, non pas toute la tête, mais la face écrasée, et comme broyée par un amas de pierres tombées de très haut. Il eut le bonheur, si c'en est un, de survivre à une

blessure qui laisse à peine subsister quelques traces d'une figure humaine; il eut le bonheur, dis-je, d'échapper aux accidents qui furent la suite de cette mutilation. Mais de nombreuses portions d'os s'étaient détachées de la mâchoire inférieure et de chacune des deux moitiés de la mâchoire supérieure, les os du nez particulièrement ; des escarres s'étaient formées ; des lambeaux de parties molles étaient tombés, et après la cicatrisation des plaies, la face avait éprouvé la plus singulière transformation. A peine quelques petites portions de la peau étaient-elles restées glabres et lisses, comme le sont les téguments dans l'état naturel : on eût dit une cicatrice presque générale, d'ailleurs inégale et gaufrée; presque toutes les saillies du visage avaient disparu : il n'y avait plus qu'une surface plane du côté droit. A droite, l'œil était considérablement éraillé, à cause de la destruction presque complète de la paupière inférieure; il avait toutefois conservé, à peu de chose près, son intégrité naturelle, et pouvait fonctionner. Du côté gauche, au contraire, l'œil était encore suffisamment voilé par les paupières; mais il était opaque, atrophié et inhabile à la vision. Il n'y avait plus de lèvres, et rien n'indiquait la place ordinaire de la bouche. Une seule ouverture tenait lieu de celle-ci, et communiquait en même temps dans l'intérieur des narines, dont elle semblait être l'entrée plutôt que celle de la cavité buccale. Placée entre les deux yeux, ou pour dire plus vrai, sur la même ligne que l'œil droit, lequel était tiré un peu en bas par les cicatrices, cette ouverture était irrégulière, mal circonscrite, de forme à peu près triangulaire cependant, et à peine assez grande pour admettre l'extrémité du doigt médius. C'était l'unique voie pour l'entrée de l'air par les narines, l'unique voie conséquemment par laquelle la respiration pût se faire. C'était aussi l'unique voie par laquelle ce malheureux jeune homme pût prendre de la nourriture ; ce qu'il faisait en introduisant avec le bout du doigt les aliments par petites parcelles jusque sur les dents de la mâchoire inférieure. Et ces aliments, il les triturait à grande

peine; car l'arcade dentaire supérieure manquait en grande partie; car les mouvements de la mâchoire inférieure étaient très bornés : on eût dit qu'il y avait ankylose presque complète des deux articulations de cet os. Cependant la santé générale n'était point altérée : l'embonpoint était en rapport avec l'âge du sujet, et n'annonçait pas un dépérissement réel du corps. J'allais oublier de dire que sur toute la face, et particulièrement au-dessous de l'ouverture que je décrivais à l'instant, les parties molles étaient, non pas bridées au point où le sont quelques cicatrices, surtout celles qui succèdent à des brûlures, mais tendues et peu mobiles sur les os qu'elles recouvraient.

Rien de moins semblable, comme vous voyez, à une figure humaine que la face du malheureux jeune homme dont il s'agit. Peut-être consacrerai-je un dessin à vous faire mieux connaître encore l'étendue de sa difformité. Son accident datait de deux ou trois ans déjà; et depuis ce temps, devenu un objet à la fois de pitié et de dégoût, il était réduit à vivre avec ses proches sans pouvoir se livrer à aucun travail; et ce n'était pas sans de grands efforts qu'il parvenait à prendre et à triturer la quantité d'aliments nécessaire à sa sustentation. Sa triste position inspira de l'intérêt. On le fit venir à Paris : il était des environs de Sarrebourg, dans le département de la Meurthe; un médecin de cette ville, M. Constantin, me l'adressa, en me le recommandant d'une manière particulière. Je le reçus dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Il y entra au mois de mai 1844.

Il n'y avait rien à faire dans le but de changer l'état de l'œil gauche : cet œil était perdu pour toujours. Entreprendre de faire une paupière inférieure nouvelle du côté droit, et cela pour donner au seul œil qui restait un abri contre l'injure des corps extérieurs, eût été chose peu raisonnable; outre qu'il n'y avait plus de bord libre, à peine aurait-on pu faire remonter une portion des téguments jusqu'au niveau de la partie inférieure de l'œil; et le lambeau destiné à remplir l'intervalle des bords d'une plaie horizontale n'aurait pu être

formé que de parties plus ou moins altérées par des cicatrices. Mais il était rigoureusement possible d'entreprendre une rhinoplastie. Ce qui semblait plus facile encore, c'était de rétablir la bouche, c'est-à-dire de former une ouverture particulière destinée à l'introduction des aliments, et qui, placée à quelque distance au-dessous de l'ouverture unique qu'on voyait à la face, corrigerait un peu ce qu'il y avait d'étrange et d'horrible dans la physionomie de ce malheureux jeune homme. Comment avait-on tant tardé à lui donner le conseil de venir à Paris pour y réclamer les secours que sa position comportait? C'est ce que je n'ai pu comprendre.

Ce qu'il y avait de plus choquant dans sa difformité, c'était l'absence de la bouche; et par là j'entends seulement les lèvres et l'intervalle qui les sépare. C'est ce qu'on devait réparer en premier lieu. C'est aussi par cela que je commençai. Je me réservai de tenter en second lieu la formation d'un nez nouveau, ou d'y suppléer seulement par l'application d'un nez artificiel. C'était chose facile, sans doute, que de pratiquer une fente transversale à quelque distance au-dessous de l'entrée triangulaire des narines, là où la bouche avait dû exister, mais où elle n'existait plus, et de transpercer ainsi la couche de parties molles qui formait une sorte de paroi antérieure à la cavité buccale. Mais, il fallait qu'après la rétraction des parties divisées l'ouverture se trouvât autant que possible sur la ligne des arcades dentaires. Il fallait aussi que, malgré cette rétraction, qui devait être forte du côté de la mâchoire inférieure, les parties à diviser étant là très tendues et comme bridées, les dents de cette mâchoire fussent couvertes par une sorte de lèvre inférieure. Enfin il fallait aviser au moyen d'empêcher le rapprochement des lèvres de la division et leur adhésion progressive de chacun des angles vers la ligne médiane; et pour cela il y avait à transformer ces deux bords sanglants en deux surfaces réfractaires au travail adhésif. On connaît, pour arriver à ce dernier résultat, un procédé efficace, quand les bords d'une plaie sont limités par la peau d'une part, et d'autre part par

une membrane muqueuse : c'est de creuser en gouttière chacun de ces bords pour pouvoir rapprocher l'une de l'autre et réunir immédiatement l'une à l'autre la peau et la membrane muqueuse ; c'est, en d'autres termes, de revêtir immédiatement chacun de ces bords avec la partie du tissu muqueux qui les avoisine.

Pour faire que la nouvelle bouche se trouvât encore située convenablement après la rétraction que je supposais devoir être très forte, inférieurement surtout, je pratiquai la division des parties à quelques lignes seulement au-dessous de l'ouverture qui occupait la place du nez. Je fus bien inspiré ; car, même avec la précaution que j'avais prise, et à cause de la rétraction des tissus, les dents inférieures restèrent un peu à découvert au-dessus du bord libre de ce qui formait la lèvre correspondante. Cette rétraction fut proportionnément un peu moins forte en haut, et les parties conservées au-dessus de la fente ont suffi plus tard pour couvrir le vide ou l'échancrure que présentait la mâchoire supérieure.

La division opérée, j'eus recours pour transformer soudain les deux lèvres de cette division en deux bords muqueux non susceptibles d'adhérer l'un à l'autre, au procédé que j'indiquais plus haut. C'est à M. Jobert, je crois, qu'en appartient la première pensée, pensée heureuse qui peut trouver son application dans plusieurs circonstances. J'évidai en quelque sorte, passez-moi l'expression, chacun des deux bords de la plaie, c'est-à-dire que je retranchai entre la peau et la membrane muqueuse, quelque peu du tissu dense, serré, probablement encore musculeux qui leur était intermédiaire, afin de pouvoir amener la membrane muqueuse par son bord sanglant à la rencontre de la couche cutanée. Je parvins sans peine à opérer ce rapprochement. Les deux membranes furent maintenues en contact à l'aide de la suture simple. Quatre ou cinq points ont suffi pour chacun des deux bords de la fente. Peut-être aurais-je pu n'agir de la sorte que sur l'un des deux : avec cette seule couche de membrane muqueuse sur l'un de

ces bords, leur adhésion mutuelle aurait été rendue impossible, et la nature aurait eu seulement à travailler à la cicatrisation de l'autre. Mais j'avais craint que, par ce travail de cicatrisation, la membrane muqueuse ne fût pas suffisamment attirée du dedans au dehors, de l'intérieur à l'extérieur, et qu'ainsi l'un des deux bords présentât moins encore que l'autre l'apparence naturelle du bord libre des lèvres.

Tout réussit au gré de mes désirs. Je n'avais pas eu la prétention d'obtenir une bouche parfaitement configurée, aux contours gracieux, et présentant dans toute sa circonférence une grande flexibilité. Non, j'avais voulu seulement former une ouverture symétrique, suffisamment grande pour l'introduction des aliments et l'exercice de la parole. J'avais bien prévu que les bords en seraient droits, roides, et peu mobiles. Tels ils ont été, en effet, après leur entière consolidation; et le temps, sans doute, n'y aura apporté aucun changement. Mais ils présentaient, l'un et l'autre, une teinte vermeille; mais l'ouverture qu'ils limitaient n'avait par elle-même rien de très disgracieux; et cette bouche nouvelle, qui laissait voir les dents de la mâchoire inférieure, imprimait déjà un caractère tout particulier à la physionomie du malheureux jeune homme que j'avais entrepris de rendre moins hideux.

Le moment était venu de former un nez nouveau, ou quelque chose qui tînt lieu du nez, et cachât l'ouverture par laquelle on voyait l'intérieur des narines, sans intercepter la communication de ces cavités au dehors. C'est ce que j'avais projeté de faire dans le principe. Mais, après avoir bien pesé toutes choses, j'abandonnai ma première pensée. A cause de la position de l'ouverture par rapport aux deux yeux, qui ne se trouvaient plus sur la même ligne horizontale, et qui n'étaient pas à égale distance de la ligne médiane, le nouveau nez aurait été plus rapproché de l'un que de l'autre. Et de quoi eût-il été formé? D'une portion des téguments de la région frontale très amincis, déformés par des cicatrices et dépourvus peut-être de vaisseaux suffisants pour le maintien de la vie dans le

lambeau autoplastique, à cause même du travail de cicatrisation dont ils avaient été le siége. En supposant même que cette cause de non-succès de l'opération n'existât pas, ce nouveau nez, ainsi constitué, n'aurait déguisé que bien faiblement la difformité. Je ne voulus pas, pour un résultat si précaire, exposer le malade aux chances d'une rhinoplastie, opération après laquelle on a vu survenir des accidents graves, ou même mortels, et alors qu'elle avait été entreprise dans des circonstances très favorables. Je me contentai de lui faire fabriquer un de ces nez artificiels, dont tant de personnes font usage, tantôt adaptés à des besicles, tantôt simplement supportés par une tige qui, posée sur le milieu du front, se recourbe et se prolonge jusque sur le sinciput. Le sien était de cette dernière sorte : c'est avec un tel nez postiche que Yempfer (c'est le nom du pauvre jeune garçon dont je viens de rapporter le cas) a quitté l'Hôtel-Dieu.

Rien n'était normal dans sa figure : toutes les parties planes et continues étaient ridées, plissées et comme estampées par des cicatrices; il n'y avait pas de symétrie de position entre les deux yeux ; l'un d'eux d'ailleurs était opaque et atrophié, en même temps qu'il manquait de paupière inférieure ; le menton était sans saillie ; la bouche n'était qu'une sorte de grande boutonnière faite en travers, une fente à bords tendus et roides; et le nez postiche, un simulacre bien imparfait du nez proprement dit. Pourtant, au moyen de ce nez artificiel, et avec cette bouche nouvelle, derrière laquelle apparaissaient quelques dents, et qui pouvait être ouverte et fermée, moins à la vérité par le jeu des lèvres que par les mouvements de la mâchoire inférieure, cet homme excitait sans doute encore un sentiment de pitié, mais il n'était plus horrible à voir. Il n'y avait plus pour lui nécessité absolue de cacher sa figure, en laissant seulement ses yeux à découvert, comme il l'avait fait précédemment. Quelles habitudes nouvelles de vie a-t-il prises? Je l'ignore.

LETTRE CINQUIÈME.

DIVISIONS CONGÉNIALES DES LÈVRES, OU BECS-DE-LIÈVRE. OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE.

Mon cher ami, voici venir les divisions congéniales des lèvres, et ce que l'art a institué pour corriger ces écarts de la nature, avec lesquels tant de sujets viennent au monde, et qui altèrent tant la physionomie : j'aurais dû dire *les divisions congéniales de la lèvre supérieure ;* car c'est à cette lèvre seulement que se montrent les difformités natives dont il s'agit. Je n'ignore pas que quelques auteurs ont parlé de bec-de-lièvre à la lèvre inférieure ; et s'il est vrai que quelques cas de ce genre aient été observés, la division devait être unique et médiane : mais je n'en connais aucun fait authentique qui soit consigné dans les annales de la science. Pour mon compte, je n'en ai pas recueilli un seul parmi plusieurs centaines de sujets venus au monde avec un bec-de-lièvre, qui ont passé sous mes yeux. Pareillement je suis encore à voir une telle difformité de la lèvre supérieure occupant la ligne médiane. Ces deux circonstances, que le bec-de-lièvre congénial n'affecte peut-être jamais la lèvre inférieure, et qu'à la lèvre supérieure, quand il est unique, on le voit toujours en dehors de la ligne médiane, distinguent essentiellement les divisions congéniales des divisions accidentelles, soit récentes, soit anciennes et à bords cicatrisés. Toutes ces divisions

accidentelles se montrent également à l'une ou à l'autre lèvre, quelquefois même aux deux en même temps; et ne varient-elles pas à l'infini dans leur manière d'être? Vit-on jamais deux plaies un peu étendues des lèvres parfaitement semblables l'une à l'autre? Et combien ne diffèrent pas encore plus entre elles ces difformités accidentelles dont je vous ai fait connaître quelques cas seulement, mais quelques cas si remarquables dans ma précédente lettre!

Pour avoir été étudiées dès longtemps, soit en elles-mêmes, soit au point de vue des ressources thérapeutiques dont elles comportent l'application, les divisions congéniales des lèvres ne se prêtent pas moins encore à des recherches pleines d'intérêt. Il y a encore à glaner dans ce champ qui a été tant exploité; une foule de questions s'y rattachent, qui peuvent encore être soumises à un nouvel examen, et fournir matière à des discussions d'une utilité pratique réelle. Cela ressortira, je le pense, des considérations dans lesquelles je vais entrer avec vous.

Par un de ces hasards qui font si souvent que dans la pratique certains cas, habituellement assez rares, se présentent au même observateur en nombre plus ou moins considérable dans un court espace de temps, j'ai vu, dans le cours d'une même année (c'était il y a sept ou huit ans), neuf sujets affectés de bec-de-lièvre, tous en état d'être opérés. Je les ai tous soumis à l'opération qui a eu pour but la restauration de la lèvre; et même dix opérations ont été faites sur ces neuf sujets, une première n'ayant pas réussi chez l'un deux, que j'ai dû opérer une seconde fois. Cette année-là me parut donc, comme elle me le paraît encore, avoir été féconde pour moi en faits de ce genre.

Jamais auparavant je n'avais eu à observer autant de becs-de-lièvre, et jamais depuis je n'en ai vu autant, dans le cours de moins d'une année.

Le même hasard qui me les a présentés, ainsi pressés ou groupés dans le laps de quelques mois, a permis que les sujets soumis à mon observation fussent assez différents d'âge, et qu'ils se trouvassent dans des conditions très diverses sous le rapport de la difformité. Ils m'ont offert presque toutes les variétés possibles du bec-de-lièvre; ils en étaient comme autant de spécimens : ensemble ils auraient pu seuls servir de base à une description générale de ce vice si fréquent de conformation. Chaque cas en particulier rappelait à l'esprit telle ou telle des questions pratiques concernant l'opération qui lui est applicable, sur lesquelles les chirurgiens ont pu être divisés de sentiment. Quelques uns aussi étaient de nature à ce que j'en profitasse pour expérimenter certaines innovations qui avaient été introduites assez récemment dans l'art de restaurer la lèvre supérieure mal conformée; et c'est ce que j'ai fait.

Cette circonstance assez singulière, que je présumais bien ne pas devoir se reproduire, et qui ne s'est, en effet, reproduite qu'imparfaitement pour moi pendant les dernières années qui viennent de s'écouler, me suggéra l'idée de soumettre à une nouvelle rédaction ce que j'ai écrit il y a longtemps déjà, tant sur ce qui concerne le bec-de-lièvre comme vice de conformation, que sur l'opération applicable à cette difformité. Je ne faisais que devancer l'époque où je serais toujours dans la nécessité de me livrer à ce travail, en m'occupant des principaux sujets qu'embrasse

la chirurgie restauratrice. Puis, la pensée me vint d'exposer et de décrire en premier lieu les faits mêmes dont la succession si rapide m'avait frappé, et de les prendre pour point de départ des considérations auxquelles je voulais me livrer. C'était une manière de traiter le sujet plus en harmonie peut-être qu'une manière purement didactique avec le caractère même des communications que j'avais déjà projeté de vous faire, et que vous voulez bien accueillir. Je désire, mon cher Lawrence, que vous approuviez le parti que j'ai pris pour le cas présent.

Mon Dieu, aucun des faits dont il s'agit, pris en particulier, n'a rien de bien extraordinaire : tous ensemble ne forment non plus qu'une fraction minime dans l'immense quantité de cas de même nature, qu'il m'a été donné d'observer et de recueillir : à quelques nuances près, ils m'ont offert ensemble ce que j'ai dû voir et ce que j'ai vu, en effet, un assez grand nombre de fois, et ce que je vois encore chaque jour : en un mot, ils n'ont été qu'une reproduction nouvelle d'un tableau qui a bien souvent passé sous mes yeux. Cependant, comme vous allez le voir, certains d'entre eux présentent, à quelques égards, des particularités assez remarquables ; dans presque tous aussi, on peut observer comme un léger reflet des tentatives les plus nouvelles qui ont été faites pour porter l'opération du bec-de-lièvre à la plus grande perfection possible : et quand même ils n'auraient pas cet intérêt d'actualité, leur nombre et la variété qu'ils présentent auraient été pour moi une raison suffisante pour les mettre en tête de considérations plus ou moins étendues sur l'objet auquel ils se rapportent. Ces considérations offriront peut-être plus d'intérêt, pré-

sentées qu'elles vont être à l'occasion de faits nouveaux, que si je les étayais du seul souvenir de faits anciens. Généralement on tire un meilleur parti, dans l'intérêt de la science et de l'art, de ce qui vient de frapper notre esprit que des choses sur lesquelles le temps a déjà jeté un certain voile.

Voici d'abord ces faits nouveaux. Je vais les rapporter succinctement, dans toute leur simplicité, sans commentaires ni aucune annotation, et aussi dans l'ordre même suivant lequel ils se sont succédé.

Ire Observation.—*Bec-de-lièvre unilatéral à gauche, sans difformité aucune ni de l'arcade alvéolaire, ni de la voûte palatine, ni du voile du palais. — Opération; succès.*

Tout à fait au commencement de l'année 1845 me fut présenté le jeune fils de M. Pavie, banquier : c'était un enfant de quatre mois et demi; il n'avait pas pu teter, on l'avait nourri au biberon : il était très fort pour son âge. Sa lèvre était fendue d'un côté seulement, à gauche, mais jusqu'à l'ouverture antérieure de la narine. Il s'agissait donc d'un bec-de-lièvre simple, en ce sens que la division de la lèvre était unique; il était simple aussi sous cet autre rapport qu'il n'y avait de fissure, ni à l'arcade alvéolaire, ni à la voûte palatine, ni au voile du palais. Je l'opérai le 4 janvier. Chacune des deux parties de la lèvre ayant été détachée du bord alvéolaire dans une certaine étendue, et jusque derrière l'aile du nez, je procédai à l'excision de chacun des bords de la division avec des ciseaux. C'est dire que les lambeaux ne furent pas conservés, ou laissés continus par leur base au bord libre de la lèvre, comme ils l'ont été, au contraire, dans quelques uns des cas suivants. La réunion a été faite au moyen de la suture entortillée, pour laquelle deux épingles ont suffi, et dont je secondai l'action par l'application d'un petit bandage unissant. Les aiguilles furent retirées après trois

jours, et la suture remplacée par le seul bandage unissant. Après trois autres jours, ce bandage était devenu inutile, la jonction des deux parties de la lèvre était complète, et la conformation naturelle de la lèvre elle-même était rétablie, moins une très légère dépression sur le bord libre, au-dessous de la cicatrice verticale.

IIe Observation. — *Bec-de-lièvre unilatéral de la lèvre supérieure, tout à fait simple, du côté gauche. — Opération ; succès.*

A peu de temps de là, on confia pareillement à mes soins un jeune enfant qui, sous le rapport de la difformité congéniale, était dans les mêmes circonstances absolument que celui de l'observation précédente : division complète occupant le côté gauche de la lèvre supérieure, division bornée à cette lèvre, avec conformation parfaitement régulière des parties intérieures de la bouche. Mais le sujet, dont les parents, M. et Mme Cendrier, habitaient la rue des Petites-Écuries, était une petite fille déjà parvenue au huitième mois de sa naissance, et déjà aussi plus en état de subir avec succès l'opération applicable à sa difformité. Chose à noter : dès les premiers temps de sa vie, elle avait teté comme un enfant bien conformé ; on l'allaitait encore au moment où je fus prié de l'opérer. On aurait pu attendre qu'elle fût en âge d'être sevrée ; et l'on pouvait craindre qu'après les quelques jours durant lesquels il faudrait user d'un procédé artificiel pour la nourrir, elle ne voulût plus prendre le sein de sa nourrice, et qu'il y eût nécessité de la sevrer prématurément. Mais les parents de cette enfant étaient impatients de la voir délivrée de son bec-de-lièvre, et il y avait, à ne pas temporiser, l'avantage de ne pas être contrarié par le travail de la dentition. C'est au mois de mars, dans les premiers jours du printemps, que j'opérai cette petite fille. Tout fut fait quant à l'opération elle-même, et tout se passa consécutivement, comme dans le premier cas que j'ai rapporté. Le résultat fut exactement semblable : peut-être le bord libre de la lèvre était-il encore plus régulièrement conformé et plus

droit. On avait tenu la nourrice éloignée, en usant des précautions nécessaires pour entretenir chez elle la sécrétion du lait : l'enfant la reconnut après et malgré une absence de huit jours ; il prit son sein de nouveau aussitôt qu'elle le lui présenta.

IIIe Observation. — *Bec-de-lièvre bilatéral à lambeau moyen épais et long ; avec élargissement considérable de la base du nez ; avec avance considérable des deux os intermaxillaires joints l'un à l'autre ; avec fissure complète de la voûte palatine et division du voile du palais.—Première opération pratiquée sur la lèvre seulement pour la reconstituer.—Seconde opération destinée à refaire la sous-cloison du nez avec le lambeau moyen. — Réussite de ces deux opérations ; et restauration complète de la lèvre supérieure, et de la base du nez.*

Si j'ajoute à cette première indication que la saillie formée au milieu de la face par les deux os incisifs ou intermaxillaires réunis, était aussi considérable qu'il est possible qu'elle le soit dans un bec-de-lièvre compliqué de la sorte ; que le lambeau moyen de la lèvre, poussé en avant et comme renversé par cette saillie, paraissait se continuer immédiatement avec le lobe du nez ; et qu'enfin, à raison de l'âge du sujet, les deux incisives, depuis longtemps sorties de leurs alvéoles, et inclinées en avant, faisaient paraître plus grande encore l'avance osseuse formée par les os intermaxillaires, sans compter que grande était la diduction des deux parties de la voûte palatine, vous comprendrez qu'il s'agissait là d'un de ces becs-de-lièvre que l'on connaît sous le nom trivial de *gueule-de-loup*, qui réunissent toutes les complications ; et que celui-ci même les présentait au plus haut degré possible. J'avais vu peu de cas, et je n'en ai pas vu depuis celui-là, où un bec-de-lièvre eût autant le caractère d'une véritable monstruosité.

Le sujet avait déjà treize ans. Il était né, il avait vécu à la campagne. Cela explique jusqu'à un certain point comment il était parvenu à cet âge sans qu'on eût encore songé à le faire délivrer de son horrible difformité. On me l'amena à l'Hôtel-

Dieu. C'est là qu'il a été opéré, vers la fin du mois de mars, sans qu'il ait eu besoin d'y séjourner. Il m'avait été adressé et particulièrement recommandé par mon très honorable collègue, M. Cruveilhier, qui avait douté un moment qu'avec les ressources de la chirurgie les mieux appliquées on pût obtenir un résultat tant soit peu satisfaisant. Cependant tout n'était pas désavantageux dans la situation de ce jeune garçon; il était fort, bien constitué ; il avait la face grosse et les lèvres épaisses et charnues; il paraissait patient, résigné : il se montra tel, en effet.

Je lui fis une première opération le mercredi 20 mars. Le tubercule, qui comprenait les deux os intermaxillaires, était trop gros, et l'ossification de son pédicule était trop avancée pour qu'on pût songer à le refouler en arrière après avoir enlevé une partie de la cloison des narines. Je pensai qu'il fallait le sacrifier; je l'enlevai avec des tenailles incisives : préalablement j'en avais détaché le lambeau moyen de la lèvre, que je laissai adhérent au nez. Puis, je séparai chacune des deux parties latérales de la lèvre, et l'aile du nez correspondante, d'avec l'os maxillaire supérieur. J'avais pris la résolution de joindre ces deux parties latérales de la lèvre l'une à l'autre immédiatement, comme s'il s'était agi d'un bec-de-lièvre simple; et le moment était venu de retrancher une petite portion de chacune des deux pour en mettre les bords à l'état de cruentation. Il était bruit alors de l'heureuse application que M. Malgaigne venait de faire d'un procédé qui consiste à tailler les lambeaux de haut en bas avec un bistouri, en s'arrêtant à la ligne d'union du bord libre de la lèvre avec la peau, de manière à laisser chacun d'eux continu par sa base à la substance pulpeuse de ce bord libre. Ainsi conservés, les deux lambeaux sont mis en contact l'un avec l'autre par leur surface sanglante en même temps qu'on opère la coaptation des deux parties de la lèvre. De cette manière, si l'opération est couronnée de succès, la lèvre doit avoir plus de hauteur dans sa partie moyenne; son bord libre doit être plus régulier, et,

d'une partie des deux lambeaux réunis, on peut former ce tubercule médian qui concourt tant à donner à la bouche un contour gracieux.

Vu l'âge du sujet et la bonne constitution des lèvres, l'occasion me parut favorable pour faire un nouvel essai de ce procédé, que je connaissais depuis longtemps, et que j'avais déjà mis en usage deux fois, mais sans beaucoup de succès, à l'époque où il me fut communiqué par M. Clémot, de Rochefort : à la vérité, c'était sur des sujets beaucoup plus jeunes que je l'avais expérimenté quelques années auparavant. Ce que j'avais projeté de faire fut fait ; les deux petits lambeaux triangulaires, taillés de haut en bas, et laissés adhérents par leur base, s'adaptèrent parfaitement l'un à l'autre dès qu'une première épingle eut été appliquée au niveau du bord libre de la lèvre supérieure pour la suture entortillée. Comme cette lèvre avait une certaine hauteur, je plaçai deux autres épingles, trois en tout : celle d'en haut touchait à la base des ailes du nez ; et celle du milieu divisait en deux parties égales l'intervalle des deux premières. Il fallut, surtout en haut, serrer beaucoup le fil destiné à compléter la suture, et user d'une certaine force pour faire disparaître l'intervalle qui séparait les deux parties de la lèvre et en mettre les bords sanglants en contact immédiat. Un moment même j'appréhendai que ces parties ne fussent trop distendues et que, plus tard, elles ne se déchirassent là où elles étaient traversées par les aiguilles, malgré l'action d'un bandage unissant très exactement appliqué.

Mais elles résistèrent. Au quatrième jour, quand je retirai les épingles, il ne s'était fait aucune déchirure, et l'adhésion était établie entre les deux bords de la division dans toute la hauteur de la lèvre. Il y avait pareillement union intime entre les lambeaux, qui formaient ensemble une sorte de luette ou d'appendice au milieu du bord libre. Après quelques jours, durant lesquels la lèvre fut soumise à l'action d'un simple bandage unissant, je retranchai une portion de cet appendice, et n'en laissai que ce qui était nécessaire

pour constituer une légère saillie, et comme un petit mamelon.

Dès le 3 avril, deux semaines après la première opération, l'état du jeune malade permettait que je m'occupasse d'utiliser la petite portion médiane de la lèvre, que j'avais conservée dans son entier, et qui pendait au-dessous du lobe du nez. J'avais résolu de la faire servir à compléter en avant et en bas la cloison des narines, à prolonger un peu cette cloison, ou, en d'autres termes, à refaire artificiellement la sous-cloison. Voici comment je m'y pris. Si ce n'est que j'avais à agir sur des parties très développées, ma manière de procéder fut la même à laquelle j'avais déjà eu recours plusieurs fois, mais jamais encore avec un résultat aussi satisfaisant. J'excisai de chaque côté une partie de ce lambeau, qui avait trop de largeur. Comme il avait aussi trop d'épaisseur, j'en enlevai une couche du côté de la membrane muqueuse, et le réduisis presque à la couche cutanée. Enfin, j'avivai le bord de la cloison en enlevant avec un petit bistouri la cicatricule, ou l'espèce de membrane qui la recouvrait. Puis, je transperçai cette cloison d'un côté à l'autre à un centimètre environ du bord libre, avec une petite aiguille courbe garnie d'un fil double qui devait faire l'office de ligature : avec la même aiguille, j'engageai l'un des bouts de ce fil d'arrière en avant dans l'épaisseur du lambeau, au-dessus du sommet; et pour mettre en contact les parties que je voulais faire adhérer l'une à l'autre, il ne me resta plus qu'à me servir du fil comme d'une ligature, en faisant un premier nœud simple, puis un second nœud bouclé. J'avais pris soin, toutefois, de placer sous le premier nœud un petit rouleau de charpie, pour soustraire le lambeau à une constriction trop immédiate.

Ce petit appareil unissant fut laissé en place pendant quatre jours pleins. Le cinquième jour, je le retirai. Le lambeau adhérait déjà solidement à la cloison, sans que le lobe du nez fût trop abaissé : par son sommet, il touchait à la très petite échancrure que présentait la lèvre au-dessus de la cicatrice médiane provenant de la première opération. Par prudence, et pour sous-

traire ce petit lambeau à tout ébranlement, je le tins couvert avec une petite masse de charpie soutenue par une bandelette de sparadrap. Bientôt on put renoncer à toute précaution : le nez et la lèvre étaient reconstitués comme ils devaient l'être pour toujours. Jamais peut-être ces parties n'ont été vues dans un état plus approchant de leur conformation normale, après avoir été le siége d'une difformité du genre de celle à laquelle j'avais remédié ; jamais peut-être, en pareille occurrence, l'art n'a eu à se féliciter d'un succès aussi brillant. Sans la cicatrice médiane de la lèvre, c'était presque à ne pas croire que la difformité eût existé, ou du moins qu'elle eût été portée au plus haut degré. Pour mon compte, et dans le nombre si considérable d'opérations de bec-de-lièvre que j'ai pratiquées, je n'ai pas souvenir que, les circonstances étant les mêmes quant à la difformité, je sois jamais arrivé à un aussi beau résultat. La lèvre supérieure était un peu bridée; mais elle a dû s'agrandir et devenir plus souple en cédant au jeu des muscles qui la font mouvoir, et à mesure aussi que s'est opéré le rapprochement des deux parties latérales de l'arcade alvéolaire. S'il eût été possible de conserver l'avance qui comprenait les deux os intermaxillaires, l'arcade alvéolaire eût peut-être été ramenée à ses dimensions et à ses formes naturelles : mais aussi, quelles difficultés plus grandes n'aurais-je point éprouvées pour réunir les deux parties latérales de la lèvre! Très probablement j'aurais échoué dans cette dernière entreprise.

IVe Observation. — *Bec-de-lièvre double, présentant les mêmes dispositions que celles du cas précédent, mais sur un sujet de dix mois seulement; division complète de la voûte et du voile du palais.—Première opération semblable à la précédente; immédiatement après, syncope ou asphyxie qui a failli causer la mort; plus tard, désunion des deux parties latérales de la lèvre. — Nécessité d'une opération nouvelle pour une époque plus éloignée.*

C'est surtout par l'accident si imprévu, et toutefois bien heureusement terminé, qui a suivi l'opération immédiatement, que

le cas dont il s'agit est un peu remarquable. L'enfant, jeune garçon de dix mois, avait été amené de la campagne à Paris. Bien qu'ayant été allaité artificiellement, parce qu'il n'avait jamais pu prendre le sein, il était développé comme le sont ordinairement les enfants de cet âge. Rien n'annonçait chez lui le travail prochain de la dentition. Je le reçus à l'Hôtel-Dieu avec sa mère vers le milieu du mois d'avril, et je l'opérai le vendredi 15. J'avais encore sous les yeux le sujet du cas précédent, et les circonstances étant à bien peu de chose près les mêmes, n'était l'âge si différent des deux enfants, je voulus faire pour le second ce qui avait si bien réussi pour le premier. Cependant, comme le sujet n'avait encore que dix mois, j'aurais pu tenter de reconstituer l'arcade alvéolaire, en opérant la rétropulsion des os intermaxillaires, après retranchement fait d'une portion de la cloison des fosses nasales. Mais, et je vous le dirai plus bas, je n'étais pas, et je ne suis même pas encore bien édifié sur la valeur et les avantages de ce procédé. D'après ce qui en a été rapporté jusqu'à présent, j'hésite encore à en faire l'application.

A part donc ce qu'elle put avoir d'un peu plus minutieux, à cause de la délicatesse ou du développement moindre des parties sur lesquelles j'agissais, l'opération fut une répétition exacte de celle que j'avais pratiquée trois semaines auparavant, et besoin n'est pas que j'en reproduise les détails. Je conservai donc les deux petits lambeaux des parties latérales de la lèvre pour les adapter l'un à l'autre. J'ai fait la suture avec deux épingles seulement.

J'avais agi aussi promptement que la circonstance le permettait. Toutes les précautions convenables avaient été prises pour que l'enfant ne perdît pas une trop grande quantité de sang; et réellement il en perdit peu, de même qu'il ne me parut pas avoir été en proie à de bien vives souffrances. Cependant, je venais seulement de terminer la suture, et je n'avais pas encore commencé l'application d'un bandage unissant, que cet enfant cessa de respirer, de se mouvoir, et tomba subitement dans un état qui sembla la mort même. Je crus à une

syncope seulement; et tel a été peut-être, en effet, le caractère de l'accident. Toute manœuvre relative à l'opération fut suspendue. En toute hâte, je cherchai à exciter, à ranimer sympathiquement l'action du cœur par tous les moyens qui étaient à ma disposition. On projeta de l'eau froide sur la figure à plusieurs reprises et avec force; l'enfant fut déshabillé promptement; on l'exposa tout nu sur le rebord d'une fenêtre ouverte; on fit des frictions sur tout son corps; on titilla avec une plume l'intérieur des narines pendant plusieurs minutes, cinq ou six au moins, huit ou dix peut-être : vains efforts! soins superflus! On ne sent pas le moindre frémissement du côté du cœur; aucune artère ne bat; pas le moindre indice de vie; celle-ci paraît éteinte complétement, et je crois devoir faire prévenir la pauvre mère de l'enfant du malheur qui venait d'arriver. Cependant, et tout en désespérant de ramener à la vie ce malheureux petit être, et après avoir même déjà insufflé inutilement un peu d'air dans sa bouche avec la mienne propre, je m'avise de porter une sonde de gomme élastique jusqu'à l'isthme du gosier, jusque dans le pharynx, sans chercher à la faire pénétrer dans les voies aériennes. J'y pousse de l'air plusieurs fois, et avec une certaine force : bientôt, et à ma grande surprise, comme à la grande satisfaction de tous les élèves qui étaient témoins de cette scène, l'enfant fait quelques mouvements; ses joues se colorent; il fait une première inspiration, puis d'autres successivement; la circulation se rétablit; il jette de nouveau des cris : la vie est revenue chez lui pleine et entière.

Est-ce bien une syncope proprement dite qu'il a eue? N'a-t-il pas éprouvé plutôt une véritable asphyxie? Et cette asphyxie n'aurait-elle pas été produite par une cause mécanique? N'a-t-il pas pu se faire que, dans le cours de l'opération, un peu de sang soit tombé dans la bouche de l'enfant, ou plutôt s'y soit amassé sans que je m'en sois aperçu, et s'y soit coagulé; qu'un caillot ait franchi l'isthme du gosier; qu'il ait pressé sur l'épigastre, ou se soit même appliqué sur l'orifice même du larynx? Et ne serait-ce pas par le déplacement qu'elle a fait éprouver

à ce caillot, que l'introduction de la sonde a été si utile? Et si, un tel état de choses ayant existé réellement, j'avais pu le prévoir ou le connaître, ne serais-je pas arrivé plus tôt au but, n'aurais-je pas ramené plus promptement l'enfant à la vie, en portant un doigt profondément dans la bouche?

Pareil accident ne pouvait pas se reproduire; l'enfant n'avait plus un semblable danger à courir : je pus donc m'occuper aussitôt d'appliquer l'appareil que je place ordinairement pour modérer les effets de la suture, en poussant en avant les joues et les deux parties de la lèvre sur laquelle elle agit. Pendant les jours qui suivirent, l'enfant n'éprouva rien qui parût dépendre de l'événement que je viens de raconter : il eut du sommeil; il prit des aliments et ne perdit rien de ses forces, et l'on pouvait espérer une heureuse issue de l'opération qu'il avait subie. Le sort en décida autrement. Quand je retirai les épingles qui avaient servi à faire la suture, c'était au commencement du quatrième jour, et le lendemain encore, quand j'ôtai les fils qui, laissés adhérents à la peau pendant vingt-quatre heures, avaient tenu lieu d'un petit emplâtre agglutinatif, les deux parties de la lèvre étaient en contact, et paraissaient unies l'une à l'autre; mais il y avait simple agglutination. Après deux ou trois jours, malgré l'application d'un bandage unissant, mais probablement à cause d'une mauvaise disposition constitutionnelle de l'enfant, tout le travail adhésif était détruit; il y avait diduction des deux parties de la lèvre; elles étaient séparées l'une de l'autre comme avant l'opération.

Il n'aurait pas été prudent de soumettre prochainement ce jeune sujet à une opération nouvelle. Mieux valait qu'il retournât à la campagne. Je donnai à la mère le conseil de me le ramener lorsqu'il serait plus âgé, plus fort. J'exprimai le désir qu'elle attendît qu'il eût au moins dix-huit mois. Il en avait dix-neuf lorsqu'il fut reçu de nouveau à l'Hôtel-Dieu, au mois de novembre. Comme il n'était plus dans les mêmes conditions, comme la nouvelle opération que je lui ai faite a différé de l'autre à quelques égards, et comme le résultat a été aussi très

différent, j'en fais le sujet d'un cas distinct, que je rapporterai plus bas. Ce sera le neuvième des dix que j'ai à exposer.

Ve OBSERVATION. — *Bec-de-lièvre congénial unilatéral comprenant la lèvre supérieure dans toute sa hauteur, du côté gauche, avec fissure de l'arcade alvéolaire, de la voûte palatine et du voile du palais, sur un enfant de onze mois. — Opération faite avec excision complète des lambeaux ; suture entortillée. — Succès complet.*

Le sujet de ce cas était un petit garçon des environs de Montfort-l'Amaury, parfaitement développé pour son âge, bien qu'il eût été nourri artificiellement, à cause de sa difformité. Il était de la campagne. On me le présenta à l'Hôtel-Dieu, où je l'opérai le vendredi 10 mai, sans qu'il ait été obligé d'y séjourner. Ses parents l'y amenèrent tous les jours pendant le temps qui a été nécessaire pour la guérison. La division de la lèvre s'étendait jusqu'à l'entrée de la narine, et ainsi que cela est ordinaire en pareil cas, l'aile gauche du nez était portée tant soit peu en dehors et en haut. Dans un bec-de-lièvre latéral, surtout quand la division est très éloignée de la ligne médiane, c'est seulement pour que la lèvre soit reconstituée avec sa hauteur naturelle qu'on peut songer à faire l'excision en conservant les lambeaux ; il est plus utile ou plus avantageux d'agir ainsi quand on a à réunir sur la ligne médiane deux parties semblables de la lèvre, comme dans un bec-de-lièvre double. Je ne cherchai point à obtenir une proéminence ou un petit mamelon sur le bord libre de la lèvre ; j'enlevai complétement les deux lambeaux, et pour former l'un et l'autre j'employai des ciseaux : c'est ma manière ordinaire de procéder. La suture entortillée a été faite avec deux épingles seulement, placées l'une immédiatement au-dessus du bord libre de la lèvre, l'autre au-dessous des ailes du nez ; après quoi j'ai appliqué un appareil unissant. Les épingles ont été retirées au commencement du cinquième jour ; un bandage unissant plus simple que le premier a remplacé la suture. Après huit jours

écoulés depuis le moment où l'opération avait été pratiquée, on put renoncer à tout soin, à toute précaution : la lèvre était parfaitement consolidée, et ne présentait qu'une cicatrice linéaire; son bord libre était régulier, bien qu'un peu droit, mais sans échancrure marquée au niveau de la cicatrice.

VIe et VIIe OBSERVATION. — *Bec-de-lièvre congénial simple, ou division unique de la lèvre supérieure, à gauche, sans déformation aucune des parties solides de la face ni du voile du palais chez deux enfants ayant déjà l'un et l'autre quelques années d'âge. — Opération faite sur tous les deux le même jour. — Guérison complète chez l'un et chez l'autre.*

Je n'avais point encore perdu de vue l'enfant dont il vient de s'agir en dernier lieu, ou plutôt il était encore soumis à mes soins, et son sort n'était point encore décidé, que deux autres me furent présentés à l'Hôtel-Dieu, tous deux en même temps. Je les opérai le même jour, le lundi 13 mai. La difformité avait chez l'un et chez l'autre exactement le même caractère; elle était de l'espèce la plus simple : nulle déformation dans les parties intérieures, molles ou solides, de la bouche; fente unique de la lèvre supérieure, comprenant à la vérité cette lèvre dans toute sa hauteur, et située chez les deux enfants du côté gauche, avec élévation peu marquée de l'aile du nez. Ils avaient franchi l'un et l'autre depuis longtemps les orages de la première dentition : l'un était une petite fille âgée de six ans; l'autre un petit garçon de quatre ans, fils d'un greffier de la justice de paix de Château-Meillan. Tous deux avaient déjà la conscience ou le sentiment de ce que leur difformité pouvait avoir de choquant; et sans savoir comment la chose pouvait être faite, ils avaient un grand désir d'en être délivrés. Ce désir était plus vif encore chez la petite fille, qui, un peu plus âgée que le jeune garçon, avait déjà l'instinct de la coquetterie; et ce fut chose vraiment remarquable que la patience, et je dirais presque le courage avec lesquels ces deux petits compagnons d'infortune supportèrent ce que j'eus à leur faire. Pour l'un et pour

l'autre, l'opération se composa des mêmes manœuvres, et ces manœuvres furent très simples, puisque la difformité était sans complication aucune. Séparation de chacune des deux parties de la lèvre d'avec la partie correspondante du bord alvéolaire; de chaque côté, excision complète d'un petit lambeau triangulaire comprenant tout le bord libre de la fente, la partie qui devait le former ayant été préalablement saisie à la base, ou près du bord libre de la lèvre, avec une pince à ligature; puis application de la suture entortillée avec deux aiguilles seulement. J'aurais presque pu me dispenser de mettre un appareil unissant, tant la lèvre et les joues paraissaient souples après et malgré la coaptation la plus exacte des bords de la division. Je l'appliquai cependant, moins dans la crainte de quelque fâcheux événement si ces parties étaient abandonnées à elles-mêmes, que pour être fidèle à mes habitudes. Les soins consécutifs devaient être semblables pour deux cas si analogues, ou plutôt si parfaitement identiques : ils le furent, en effet, et ne différèrent pas sensiblement de ceux que j'ai déjà indiqués pour quelques uns des cas précédents. Un même sort attendait les deux êtres intéressants dont je viens de parler : chez tous deux la réunion des deux parties de la lèvre fut aussi immédiate, aussi complète, et aussi régulière que possible. Il n'y manquait qu'un peu plus de rectitude dans la ligne légèrement saillante qui fait la limite du bord vermeil de la lèvre et la sépare des téguments.

VIIIe Observation. — *Bec-de-lièvre simple, ou division congéniale de la lèvre supérieure du côté gauche seulement chez un petit garçon de trois ans. — Opération. — Restauration parfaite de la lèvre.*

C'était un cas tout à fait analogue aux deux qui précèdent immédiatement, si ce n'est que le sujet était un peu plus jeune; l'enfant, qui était un petit garçon nommé L'Heureux, fut reçu à l'Hôtel-Dieu avec sa mère. Il y entra le 29 juin, et je l'opérai le lundi 1er juillet. Tout fut fait, tout se passa sembla-

blement à ce qui avait eu lieu dans ces deux derniers cas, et le résultat fut aussi satisfaisant. Je n'avais pas non plus conservé les deux lambeaux, toujours par cette raison que la trace de la difformité, ou plutôt de l'opération faite pour y remédier devant se trouver non sur la ligne médiane, mais au-dessous de l'entrée de la narine, il n'était pas bien important d'obtenir une saillie sur le bord libre de la lèvre. C'était assez de faire en sorte que ce bord libre ne présentât pas d'échancrure, et je fus assez heureux pour qu'il n'y en eût qu'une, si superficielle, si peu prononcée, que peut-être elle disparaîtra avec le temps et par l'élargissement de la lèvre, et que, dût-elle subsister, elle sera comme nulle sur un sujet du sexe masculin.

IXe Observation. — *Bec-de-lièvre doublé déjà opéré une première fois sans succès. — Opération nouvelle avec excision complète des lambeaux d'avivement. — Consécutivement à la réunion de la lèvre, emploi du lambeau moyen pour reconstituer la sous-cloison du nez. — Succès complet.*

Dès que, par suite d'une première tentative de restauration de la lèvre faite sans succès, les parties étaient revenues, autant que cela pouvait être, à leur état primitif, l'opération nouvelle devait être considérée comme se rapportant à un cas distinct. Je devais donc la rapporter isolément et en indiquer les résultats comme si elle n'avait été précédée d'aucune autre. Je m'étais déjà expliqué à cet égard en terminant le récit de ce qui était advenu chez le jeune enfant qui fait le sujet du cinquième cas. Pierre Hyais, c'était son nom, avait dix mois seulement lorsque je lui fis, au mois d'avril, une première opération qui n'eut aucun succès, et qui avait failli causer la mort immédiatement. Il en avait près de dix-neuf lorsqu'il me fut ramené à l'Hôtel-Dieu, vers la fin d'octobre. Il avait la force et le développement que son âge plus avancé comportait; et à raison de cela, il y avait plus de chances pour la réussite d'une nouvelle opération. Rien n'était changé dans l'état de la lèvre et de la mâchoire

supérieure depuis l'époque à laquelle l'enfant m'avait quitté pour être reconduit à la campagne. Mais les choses différaient un peu de ce qu'elles étaient primitivement. Il n'y avait plus d'avance formée par les os intermaxillaires ; on voyait le bord de la cloison des narines ; le lambeau moyen de la lèvre, que j'avais conservé, était flottant, et avait ses deux surfaces libres ; l'espace intermédiaire aux deux parties de l'arcade alvéolaire était tant soit peu agrandi, puisqu'un petit fragment de la partie droite avait été enlevé ; pareillement, l'intervalle des deux moitiés ou plutôt des deux parties latérales de la lèvre était augmenté de toute la perte de substance produite par le premier avivement. Toutes ces particularités devaient rendre l'opération nouvelle un peu plus simple que la première ; mais elles pouvaient offrir aussi quelque désavantage pour le résultat. Il y avait à lutter contre une tendance plus grande de la lèvre et des joues à se rétracter : puis, ce n'est point une chose favorable qu'un grand vide derrière la lèvre, après le rapprochement et la coaptation des bords de la division ; les parties réunies sont trop flottantes, trop mobiles : mieux vaut qu'elles soient soutenues par le rebord alvéolaire.

Il fallait braver ces petits désavantages, et profiter de ce qu'il y avait de favorable dans l'état de l'enfant pour une opération nouvelle. Je la lui fis le mercredi 30 octobre. Je laissai provisoirement le lambeau moyen flottant au-dessous du lobe du nez ; chacune des parties latérales de la lèvre, et l'aile du nez correspondante furent détachées de l'os maxillaire dans une grande étendue ; et pour l'avivement je ne fis éprouver aux premières qu'une très légère perte de substance. Je fis des lambeaux très étroits, et ces lambeaux furent enlevés complétement. Pour plus de sûreté, en faisant la suture je plaçai trois aiguilles : la hauteur de la lèvre permettait cette fois de faire ainsi sans que ces aiguilles fussent trop rapprochées ; et la suture étant terminée, comme l'est toute suture entortillée, au moyen d'un fil avec les deux moitiés duquel on fait plusieurs huit de chiffre horizontaux qui embrassent les extrémités des aiguilles, et d'au-

tres verticaux qui occupent les intervalles des premiers, j'appliquai un appareil unissant.

Lors de la première opération, faite sept ou huit mois auparavant, la désunion des deux parties de la lèvre avait eu pour cause principale la saillie que formait du côté droit l'arcade alvéolaire, dont les deux parties n'étaient pas sur le même plan, et le soulèvement que cette saillie faisait éprouver à la lèvre. Cette fois-ci, une aussi mauvaise disposition locale n'existait plus, et rien ne vint enrayer le travail de la nature. L'enfant se montra plus indocile qu'il ne l'avait été précédemment, parce qu'ayant une plus grande connaissance des personnes et des choses, il avait aussi une plus grande appréhension de la douleur. Cela obligea à un peu plus de précautions, après la suture enlevée, dans la réapplication faite chaque jour d'un bandage unissant pendant une semaine environ. Ce temps écoulé, la lèvre se trouva consolidée très régulièrement dans toute sa hauteur. Seulement, en haut, elle n'était pas continue à la cloison des narines. Un petit espace vide l'en séparait, de même qu'une petite échancrure séparait les ailes du nez l'une de l'autre.

Il restait à utiliser le lambeau médian de la lèvre, et à tenter de prolonger avec ce lambeau la cloison des narines, et de créer une sorte de sous-cloison. C'est ce que je fis plus tard, très tard même, et seulement vers le milieu du mois de décembre, l'enfant ayant été à plusieurs reprises légèrement indisposé. Je fis comme j'avais fait sur le jeune garçon de treize ans qui est le sujet du troisième cas décrit précédemment, et le résultat a été à peu près le même. Le lambeau, que j'avais rétréci, aminci et rendu sanglant du côté de sa face postérieure, s'est réuni au bord libre de la cloison, que j'avais aussi dénudé seulement; et parce que j'avais conservé à ce lambeau, ou à cette sorte d'appendice de la lèvre, un peu trop de largeur et aussi un peu trop d'épaisseur, la sous-cloison nouvelle paraissait un peu trop prononcée. La base du nez et la lèvre ne présentaient donc plus, au moment où l'enfant m'a quitté de nouveau, que des

traces bien légères de la difformité dont elles avaient été le siége Pour un garçon surtout, il n'y a plus rien de disgracieux dans la physionomie; peut-être cependant faudra-t-il, à quelque époque éloignée, rattacher la lèvre à la sous-cloison, et faire disparaître le très petit intervalle qui l'en sépare.

X° Observation. — *Bec-de-lièvre congénial de la lèvre supérieure existant d'un côté seulement, du côté gauche, avec division de l'arcade alvéolaire en dehors des os incisifs; fissure de toute la voûte palatine et du voile du palais sur un enfant nouveau-né. — Opération faite trente-six ou quarante heures après la naissance de l'enfant; primitivement, réunion de la lèvre dans ses deux tiers inférieurs environ; puis, séparation complète, mais lente et successive, des parties qui avaient adhéré. — Enfin rapprochement et réunion spontanée des deux parties de la lèvre.*

C'est le dernier des dix cas que j'ai eus à observer dans le cours de la seule année 1844. L'enfant qui en est le sujet était le fils dernier né de M. B...., l'un de nos auteurs dramatiques les plus distingués, qui, l'année dernière, a été enlevé si prématurément aux lettres, au théâtre et à ses nombreux amis. Dès les premiers instants de la naissance de cet enfant, on put acquérir la certitude qu'il ne pourrait pas profiter du bénéfice de l'allaitement naturel : dès ce moment aussi les parents, qui ne savaient pas que toute fissure de la voûte et du voile du palais met un empêchement presque absolu à la succion, furent préoccupés de l'idée qu'après la disparition du bec-de-lièvre proprement dit, si l'on pouvait l'obtenir, l'enfant serait en état de prendre le sein d'une nourrice. D'un autre côté, la mère, dont il avait fallu satisfaire la tendresse en lui montrant son enfant nouveau-né, avait exprimé vivement le désir qu'on le délivrât, s'il était possible, de ce qu'il y avait de plus apparent et de plus choquant à la vue dans sa difformité. Je fus consulté à cet égard, et j'avais été choisi d'avance pour pratiquer l'opération dans le cas où je penserais qu'elle pourrait être en-

treprise avec quelque chance de succès sur un enfant né la veille. Je doutai qu'elle pût réussir, et mon doute était fondé principalement sur ce qu'il y avait à lutter contre un écartement assez considérable des deux parties de la lèvre, provenant de la division de l'arcade alvéolaire. Cela ajoutait au désavantage qui résulte de l'extrême ténuité des chairs chez des sujets qui n'ont encore que quelques jours d'existence. J'aurais donc désiré qu'on attendît que l'enfant eût atteint l'âge de quatre, cinq ou six mois; je l'aurais même exigé absolument s'il eût été délicat, chétif, comme le sont beaucoup d'enfants au moment où ils naissent, encore bien qu'ils aient tous les éléments de vie, et qu'ils soient susceptibles de se développer promptement. Mais celui-ci était bien constitué; ses lèvres avaient de la force, de l'épaisseur; le seul risque à courir en l'opérant était que les parties venant à être déchirées, ou que la réunion ne se faisant point, il fallût faire une nouvelle opération à quelque autre époque éloignée. Je cédai sans scrupule aux instances des parents de cet enfant et au désir de mon honorable confrère, M. Baudelocque, qui vivait alors, et qui avait été l'accoucheur de madame B... L'opération fut pratiquée l'un des derniers jours du mois de novembre, le surlendemain de la naissance de l'enfant.

C'était un garçon. La difformité occupait le côté gauche de la lèvre. Tout fut fait exactement de la même manière que dans les cas analogues que j'ai décrits précédemment, avec cette seule particularité que, bien que la réunion ne dût pas avoir lieu sur la ligne médiane, je voulus cependant pouvoir former un petit mamelon sur le bord libre, et que pour cela je conservai les deux petits lambeaux en les taillant de haut en bas. Deux épingles ont suffi pour la suture. A cause du peu de hauteur de la lèvre, il n'aurait pas été possible d'en mettre trois. En plaçant celle d'en haut, je m'aperçus que près des ailes du nez la lèvre avait très peu d'épaisseur, et j'eus la crainte qu'il s'établît là promptement un travail d'ulcération. A cause de cela, et en ayant égard à l'âge si tendre du sujet, j'enlevai la suture à la fin du troisième jour. Ce que j'avais appréhendé

existait déjà : il y avait un hiatus à la partie supérieure de la lèvre; mais la coaptation avait lieu dans les deux tiers inférieurs environ, et l'on pouvait présumer qu'une adhésion, faible encore sans doute, était établie entre les deux parties de la lèvre. Seulement, les deux lambeaux, que j'avais renversés l'un vers l'autre, et maintenus en rapport au moyen d'un petit fil qui les traversait, n'avaient pas pris part à cette adhésion. Ils étaient flétris et paraissaient mortifiés, si bien qu'au troisième jour ils tombèrent après s'être détachés de la lèvre au niveau même du bord libre : ce bord présentait dès lors une ligne parfaitement horizontale, sans dépression, sans échancrure aucune. A cette époque donc, il y avait lieu de compter immédiatement sur un succès, imparfait à la vérité, mais que la nature accomplirait plus tard en comblant le vide qui s'était formé à la partie supérieure de la lèvre. Au lieu de cela, des circonstances singulières sont advenues, et ont eu un résultat fort curieux.

J'avais exprimé le désir que l'enfant fût nourri, en partie au moins, avec le lait de la nourrice qui lui avait été destinée. C'eût été facile, non pas en le faisant teter, puisqu'il ne pouvait pas prendre le mamelon, mais en lui faisant boire ce lait exprimé du sein, et recueilli dans un vase chaud. Au lieu de cela, on continua à lui donner seulement du lait de vache coupé, et je ne sais plus quel autre liquide alibile. Ce mode d'alimentation n'était-il point en rapport avec sa constitution? ou bien quelque autre circonstance est-elle venue troubler l'harmonie de ses fonctions? Je ne sais laquelle de ces deux causes a agi : l'influence de la première est plus vraisemblable que celle de l'autre. Toujours est-il qu'en très peu de jours, et cela avant l'entière et parfaite consolidation de la lèvre, l'enfant parut dépérir, et dépérit, en effet, d'une manière sensible. Il dormait à peine, et criait continuellement. Bientôt les parties de la lèvre qui avaient paru réunies se séparèrent lentement, d'abord successivement de haut en bas, puis de bas en haut, malgré l'action d'une petite bande unissante dont les deux chefs se croisaient au-dessous du nez, ou l'application de ban-

delettes agglutinatives. Un moment vint, c'était au onzième ou douzième jour après l'opération, où elles ne tenaient plus l'une à l'autre que par une bride très ténue qui paraissait offrir peu de résistance ; et cette destruction du travail adhésif auquel la nature s'était livrée pendant plusieurs jours semblait indiquer la mort prochaine de l'enfant. Sur ces entrefaites, cependant, on en vint à essayer de lui faire prendre du lait de sa nourrice en le lui donnant avec un biberon : on put lui en donner beaucoup ; il le digéra bien.

A partir du moment où l'on eut commencé ce nouveau système d'allaitement, l'enfant reprit des forces, et bientôt cessèrent tous les symptômes qui avaient causé de justes alarmes. Malgré un tel changement dans l'état général de l'enfant, j'étais dans la persuasion que la bride, presque filiforme, par laquelle les deux parties de la lèvre étaient restées unies l'une à l'autre, se romprait, et que, la difformité reprenant son apparence première, il faudrait en venir plus tard à une nouvelle opération. Mais une grande et agréable surprise était réservée à M. Baudelocque et à moi, ainsi qu'aux parents de l'enfant. J'avais cessé de le voir depuis un certain nombre de jours, mes soins lui étant devenus inutiles jusqu'au temps où il faudrait l'opérer de nouveau, lorsque je fus prié d'aller reconnaître un changement extraordinaire que la lèvre avait éprouvé. La si petite bride que j'avais vue étendue d'une partie de la lèvre à l'autre, et que je croyais détruite, s'était maintenue ; elle avait augmenté en hauteur ; au-dessus et au-dessous il y avait eu, par les seuls efforts de la nature, rapprochement de ces deux parties de la lèvre. Plus tard, ce rapprochement ayant fait des progrès, la restauration a été sinon parfaite, du moins suffisante à certains égards. Sans doute la lèvre présente des traces trop visibles de la difformité originelle ; elle n'a pas, il s'en faut, une conformation gracieuse : mais une opération nouvelle ne serait nécessaire que si le jeune B.... que je vois quelquefois, qui a déjà huit ou neuf ans, était dominé plus tard par un sentiment de recherche et de coquetterie.

C'est l'unique fois que j'aie observé une telle succession de

phénomènes après une tentative de restauration de la lèvre dans un cas de bec-de-lièvre. La dernière circonstance surtout, savoir, qu'il y a eu rapprochement et adhésion des deux parties de la lèvre tardivement, et par les seuls efforts de la nature, alors qu'elles ne tenaient plus l'une à l'autre que par une sorte de filament, et cela chez un sujet très débile et presque nouveau-né, cette circonstance, dis-je, m'a paru des plus remarquables. Je ne sais pas si avant d'en avoir été témoin j'aurais admis qu'elle fût possible.

N'ai-je pas dit vrai en commençant, mon cher Lawrence? Tous ces faits réunis ne rappellent-ils pas presque tout ce qu'il est possible d'observer dans la pratique chirurgicale relativement au bec-de-lièvre? Ne résument-ils pas en quelque sorte toutes les nuances, tous les degrés du vice de conformation lui-même; et tous les âges différents des individus qui ont à subir l'opération par laquelle on y remédie; et la manière variée dont il faut que cette opération soit exécutée, selon que la difformité est de telle sorte ou de telle autre, et jusqu'à un certain point selon l'âge et le sexe, on pourrait presque dire aussi selon la condition sociale future de l'individu qu'on y soumet; et tous les accidents dont elle peut être suivie, soit immédiatement, soit consécutivement; et les résultats différents dont elle est susceptible; et les principales tentatives de la chirurgie moderne pour porter à une plus grande perfection, soit quant à la manière d'y procéder, soit quant au but qu'on veut atteindre, une opération pour laquelle il a paru pendant un temps que nos devanciers n'avaient rien laissé à faire? Enfin tous ces faits, considérés, soit ensemble, soit chacun séparément, ne sont-ils pas propres à reporter la pensée vers certaines questions qui ont divisé les chirurgiens, et

dont quelques unes les divisent encore, sur tout ce qui a trait à l'histoire tératologique du bec-de-lièvre, et aux ressources dont la médecine opératoire peut disposer contre cette difformité? Permettez-moi d'aborder avec vous les principaux de ces différents points de vue de la question générale.

I. Des neuf sujets qui ont fourni les dix cas que j'ai rapportés, les uns m'ont présenté le bec-de-lièvre le plus simple : c'était une fente unique de la lèvre, placée en dehors de la ligne médiane, sans déformation aucune ni de la voûte palatine, ni du voile du palais. Aucun d'eux ne présentait non plus ce qui a lieu dans quelques becs-de-lièvre simples, savoir une légère altération, quelque chose d'imparfait dans la courbe de l'arcade alvéolaire, et dans la position des dents, probablement par suite du rapprochement tardif des diverses parties de cette arcade, en y comprenant les os incisifs. Chez tous les sujets de cette première catégorie, la division de la lèvre s'étendait jusqu'à l'entrée de la narine; aussi y avait-il une légère déformation de l'aile du nez du côté correspondant à la division labiale, tandis qu'il y a toujours symétrie parfaite de position entre les deux ailes du nez lorsque la lèvre est divisée dans une partie de sa hauteur seulement. Sur d'autres, avec la division de la lèvre dans toute sa hauteur pareillement, et d'un seul côté, il y avait fissure de l'arcade alvéolaire en dehors de l'os incisif du côté correspondant, fissure aussi de toute la voûte palatine et du voile du palais.

Chez tous ceux-ci, la difformité avait son siége du côté gauche; il en était de même pour les précédents,

un seul excepté. Il serait peu logique d'induire de ces seuls faits que dans les becs-de-lièvre uniques avec ou sans déformation des parties solides de la face, la division de la lèvre est plus fréquente à gauche qu'à droite; car le hasard seul aurait pu les réunir tels qu'ils ont été sous ce rapport; de même que, par un hasard contraire, ils auraient pu offrir une proportion inverse. Mais, que le bec-de-lièvre unique affecte bien plus souvent le côté gauche de la lèvre que le côté droit, c'est une chose très certaine, et que d'autres observateurs auront peut-être déjà remarquée. Des centaines de faits m'ont mis à même de noter cette singularité; je l'ai signalée depuis longtemps. On peut en donner une raison assez plausible. N'est-elle pas une conséquence de cette loi de l'organisme, d'après laquelle les forces de la vie sont inégalement départies entre les deux grandes moitiés de notre corps, et cela dès que la puissance formatrice entre en activité? Et s'il est vrai que le bec-de-lièvre à tous les degrés, à l'état le plus simple, comme avec ses diverses complications, procède d'un arrêt de développement, et c'est en effet l'origine la plus probable de cette difformité native, on conçoit que cet arrêt de développement doit se faire plutôt, ou plus souvent, du côté du corps où la puissance vitale a le moins d'énergie. On remarque cela pareillement pour d'autres vices originels de conformation qui sont placés en dehors du plan médian du corps. Et, dans tout le cours de notre existence, combien d'autres phénomènes s'accomplissent sous l'influence de cette loi de l'organisme! Combien proviennent de cette inégalité dans le développement physique, ou dans le partage du principe

d'action de nos organes, entre les deux grandes moitiés du corps ! Combien d'effets divers, dans l'état de santé, comme dans les maladies, attestent l'empire de cette sorte de dualité !

Enfin deux, et deux seulement, des neuf enfants avaient deux divisions latérales de la lèvre, c'est-à-dire un bec-de-lièvre double, non pas sans complication, mais avec toutes les dispositions anormales des parties moyennes de la face qui peuvent accompagner la division labiale; avec élargissement de la base du nez; avec avance ou saillie des deux os incisifs, restés unis l'un à l'autre, mais formant ensemble sous le lambeau moyen de la lèvre un gros tubercule isolé des parties latérales de l'arcade alvéolaire; avec division de toute la voûte palatine et du voile du palais. C'est le bec-de-lièvre au plus haut degré, avec ses complications extrêmes. Tantôt alors la cloison des narines, comme projetée ou prolongée un peu en avant, est tout à fait isolée; son bord inférieur est libre; tantôt, au contraire, elle est inclinée d'un côté, et appuie sur la partie correspondante du plancher des narines.

Toutefois, quelques variétés remarquables manquaient. Il est vrai qu'elles sont plus rares que les précédentes. Aucun des neuf enfants n'a présenté, ni le cas si simple d'une division bornée au tiers, à la moitié inferieure de la lèvre, ne s'étendant pas dès lors jusqu'à l'ouverture de la narine; ni le bec-de-lièvre double sans autre déformation concomitante des parties situées au delà de la lèvre; ni cette même double division labiale avec un très petit tubercule médian, appliquée sur un seul des os incisifs isolé des autres parties de l'arcade alvéolaire; ni la division

simple ou double de la lèvre, avec fissure de l'arcade alvéolaire et de la voûte palatine dans la partie antérieure seulement; ni le bec-de-lièvre, également simple ou double avec diastématostaphylie seulement, sans déformation aucune du palais solide, cas dans lequel ces deux divisions des parties molles, l'une extérieure ou superficielle, l'autre intérieure ou profonde, semblent n'avoir entre elles aucune connexité d'origine, et n'être dans aucune sorte de dépendance mutuelle. Telles sont, en effet, après celles que j'ai indiquées en premier lieu, les formes variées du bec-de-lièvre, les manières d'être diverses, ou simples, ou composées à tel degré ou à tel autre, de ce vice originel de conformation, pour lequel la chirurgie restauratrice s'est montrée si ingénieuse et si féconde en ressources. L'énumération que je viens d'en faire suffit ici : il serait bien superflu que je décrivisse minutieusement chacune d'elles. Il ne le serait pas moins que j'en abordasse l'examen au point de vue de la tératologie : pour cela, je renvoie au bel ouvrage de notre savant zoologiste, M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Je puis bien cependant, sans trop franchir les limites que je me suis imposées, vous dire en peu de mots, mon cher ami, vers quelle opinion je me range, quant à la cause naturelle du vice de conformation lui-même.

II. Grâce aux progrès de l'anatomie philosophique, l'origine des difformités congéniales, et en particulier celle du bec-de-lièvre, n'est plus aussi obscure qu'elle l'a été pendant longtemps. Sans doute, on ne connaît pas bien encore toutes les causes provocatrices de ces difformités, toutes les circonstances éventuelles qui peuvent imprimer une marche irrégulière au développement de telle ou de telle

autre partie d'un être à l'état embryonnaire, ou troubler les lois de l'évolution de ses organes : mais on croit savoir au moins qu'un retard, une suspension, un arrêt, ou quelque autre anomalie dans les actes de cette évolution, est la cause immédiate de presque tous les vices originels de conformation. Peut-être, cependant, y a-t-il des germes primitivement défectueux. Et ces aberrations des lois de l'organisme, si bizarres qu'en puissent paraître les effets, s'accomplissent encore avec une certaine régularité; elles ont en quelque sorte leurs lois particulières : la nature sait mettre l'ordre dans le désordre. Mais, comme je le faisais entendre il n'y a qu'un moment, beaucoup de causes diverses, encore bien peu connues, préparent ou déterminent immédiatement ces écarts dans l'évolution des organes.

Eh bien, dans la recherche et l'analyse de ces causes, y a-t-il une part à faire à l'influence de l'imagination de la femme sur l'enfant qu'elle porte dans son sein? La croyance vulgaire a-t-elle quelques fondements ? Peut-elle être justifiée jusqu'à un certain point; ou bien n'est-elle, au contraire, qu'un préjugé ridicule? Est-ce par un pur effet du hasard que tant de vices de conformation avec lesquels les enfants viennent au monde rappellent les objets ou de vifs désirs, ou d'émotions pénibles, ou d'appréhensions bizarres, dont les mères ont été préoccupées dans le cours de leur grossesse? Ne peut-il pas, au contraire, y avoir là, dans quelques cas, au moins, un rapport de cause à effet ? Je n'avais jamais osé l'avouer franchement, retenu que j'étais par la crainte de paraître défendre ce qui, aux yeux de tant d'esprits élevés, semblait une

pensée ridicule. Mais, depuis longtemps, j'admets l'empire d'une grande perturbation morale de la mère sur le fœtus, empire qui me semble devoir être d'autant plus grand que le fœtus est plus éloigné du terme de son parfait développement. Je crois que de grandes secousses morales, des impressions vives, éprouvées par la femme enceinte, peuvent faire naître chez le fœtus, peut-être certains *nævi*, mais plutôt encore des conformations bizarres ou insolites, des difformités proprement dites, en portant la perturbation dans le mouvement nutritif, en changeant le mode d'évolution ou de développement des organes.

Et quant au comment cette influence perturbatrice s'exerce, ce ne doit être ni par une modification dans le sang qui circule incessamment de la mère au fœtus, et du fœtus à la mère; ni par une simple anomalie dans les rapports que la circulation établit entre ces deux êtres. Ce doit être plutôt par l'intervention du système nerveux. Il doit exister quelque lien caché, sympathique, de la mère à l'enfant : le fœtus doit être dans une sorte de dépendance de l'individu aux dépens duquel il vit, autrement que par le sang qu'il en reçoit; et je conçois très bien que de vives impressions éprouvées par sa mère retentissent jusqu'à lui. Je comprends que ces impressions puissent provoquer des arrêts de développement, et que, même selon leur caractère, elles puissent produire telle perturbation plutôt que telle autre dans l'évolution fœtale. Tout cela est aussi mystérieux, aussi invisible, aussi peu susceptible d'une démonstration physique, que le sont certains des phénomènes les plus ordinaires et les plus naturels de la génération des êtres;

mais, à mon sens, cela n'est ni plus extraordinaire, ni plus merveilleux, ni plus incompréhensible. Les doctrines en faveur sur le mode d'évolution du fœtus semblent jeter une certaine ombre de vraisemblance ou de probabilité sur ce qui a été dit, et sur ce que pense le vulgaire de l'influence de l'imagination des mères sur certains vices de conformation du fœtus.

Je me borne avec vous à ces courtes remarques sur le bec-de-lièvre considéré en lui-même et relativement à son origine, et je passe à l'examen d'une question qui a beaucoup occupé les praticiens, sans qu'elle soit encore parfaitement résolue. Elle naît pareillement du fond même des observations que j'ai rapportées.

III. Presque tous les sujets de ces observations étaient d'âge différent au moment où j'ai eu à leur pratiquer l'opération applicable à la difformité qu'ils avaient apportée en naissant. L'un était aussi jeune que possible ; il était né de la veille ou de l'avant-veille ; il avait à peine quarante-huit heures d'existence. Un autre avait quatre mois et demi ; un troisième huit mois ; un quatrième dix mois ; et, quand celui-ci, chez lequel une première opération ne réussit pas, dut en subir une seconde, il avait atteint l'âge de dix-huit mois : un cinquième avait près d'un an. Trois autres avaient déjà dépassé la première enfance, et avaient, l'un trois ans, un autre quatre ans, et le troisième six ans. Enfin un dernier, toujours en les considérant relativement à l'âge, était dans le cours de sa quatorzième année. Ce dernier fait est remarquable. Bien rarement a-t-on à pratiquer si tard l'opération pour un bec-de-lièvre congénial : je ne l'avais jamais faite sur un sujet si âgé. Le plus ordinairement, en

effet, les parents des enfants qui naissent avec ce vice de conformation les en font délivrer le plus tôt possible. Leur sollicitude prévient de loin un désir qui ne se manifeste guère chez les enfants eux-mêmes que lorsque leur raison est déjà un peu développée.

Une si grande variété sous le rapport de l'âge, chez des sujets nés avec une division congéniale de la lèvre supérieure, n'avait rien en soi d'extraordinaire. Ce que m'a présenté une catégorie de neuf individus, c'est ce que j'ai observé dans d'autres groupes de faits ou plus nombreux, ou moins nombreux ; c'est ce qui a lieu généralement. Et comment n'en serait-il pas ainsi? Le désir, la volonté, quelquefois même, le caprice des parents, ont presque toujours la plus grande part dans la détermination du moment où l'on entreprend la guérison de cette difformité. Plusieurs fois aussi c'est par des circonstances tout à fait fortuites que l'opération, sans laquelle un bec-de-lièvre subsisterait indéfiniment, est faite, ou très peu de temps après la naissance, ou après quelques mois, ou seulement après quelques années. Pourtant il doit y avoir une époque, un moment, un âge enfin plus favorable que tout autre pour la réussite de cette opération, comme pour tous les avantages qu'on en espère; et cela, sinon pour chaque cas en particulier, au moins pour les cas de telle sorte ou de telle autre, en un mot dans des circonstances données.

Vous le savez, mon cher ami, on a beaucoup raisonné à cet égard. On a surtout agité la question de savoir s'il peut être avantageux de soumettre à l'opération des enfants nouveau-nés, c'est-à-dire des enfants qui n'ont encore que

quelques jours, ou déjà quelques semaines. Cette question n'est omise dans aucun de nos ouvrages didactiques; et moi-même je m'en suis occupé deux fois, à dix ou douze ans d'intervalle, dans deux ouvrages différents : d'abord dans la seule partie de mes *Nouveaux éléments de médecine opératoire* qu'il m'ait été possible de publier; puis dans l'article Bec-de-lièvre du *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes. C'était à deux époques un peu éloignées l'une de l'autre. Dans le premier de ces deux ouvrages, je proscrivais presque entièrement l'opération pour les enfants en très bas âge. Dans l'article du Dictionnaire, je suis un peu moins absolu. C'est que pendant le temps intermédiaire à ces deux publications, il m'avait fallu céder un assez grand nombre de fois aux désirs pressants, ou plutôt à la volonté de parents pour lesquels la vue d'un enfant affecté d'un bec-de-lièvre était insupportable. Plusieurs de ces opérations faites un peu contre mon gré, et j'oserais presque dire à mon corps défendant, avaient réussi; et dès lors j'ai dû revenir de mon ancienne prévention. J'ai dû convenir que, rigoureusement, l'opération pratiquée dans les premières semaines, même dans les premiers jours de la naissance, peut être couronnée de succès. J'en conviens encore maintenant, et je pourrais citer quelques nouveaux succès que j'ai obtenus dans ces dernières années, enhardi que j'avais été par l'opinion et par les résultats heureux de la pratique du doyen actuel de notre Faculté, M. Paul Dubois.

Mais, d'un autre côté, j'ai échoué dans bien des cas, alors que les enfants paraissaient dans les meilleures conditions possibles, alors que j'avais tout fait pour préparer le

succès de l'opération. Tantôt il y a eu simple désunion des deux parties de la lèvre, ou plutôt le travail adhésif ne s'était établi qu'imparfaitement; la réunion ne s'est point opérée; et la difformité est revenue à l'état où elle était primitivement, mais avec la légère perte de substance produite par l'avivement. Deux fois il m'est arrivé de répéter, et de répéter avec succès, les enfants ayant atteint l'âge de deux ou trois ans, l'opération qui avait été pratiquée inutilement à une époque très rapprochée de la naissance. Tantôt aussi, en même temps que la réunion a manqué, l'ulcération ou la déchirure des lèvres de la division a causé un dommage plus grand que celui qui devait résulter du simple avivement. Plusieurs fois j'ai vu se déclarer un état d'épuisement, auquel les enfants ont succombé assez promptement, qui ne paraissait pas provenir seulement du mode d'alimentation auquel il avait fallu les soumettre. Et ce que je n'ai vu heureusement qu'une seule fois, et cela chez un enfant qui avait déjà quelques semaines, une petite hémorrhagie se déclara dans la nuit qui suivit le jour où je l'avais opéré : on ne s'en aperçut pas; l'enfant fut trouvé mort dans son lit le lendemain matin. Peut-être avais-je failli; peut-être les points de suture n'avaient-ils pas été serrés au degré convenable; et peut-être l'hémorrhagie n'a-t-elle été forte au point de faire périr l'enfant que parce que les premières gouttes de sang tombées dans la bouche ont provoqué des mouvements de succion. Somme toute, j'ai eu presque autant de revers que de succès dans les opérations que j'ai eu à faire sur des enfants qui n'avaient encore que quelques jours ou quelques semaines d'existence.

Je serais fort surpris que votre expérience propre et

celle de la plupart des autres chirurgiens ne s'accordassent pas avec la mienne sur ce point, tant semblent égales les chances bonnes et mauvaises de l'opération dont il s'agit chez un enfant en très bas âge ; tant paraissent se balancer, pour et contre le succès, les données fournies par le raisonnement. Voyez, il est bien certain que dans les premiers temps de la vie, un enfant est patient, docile, sans conscience de ce qu'on a à lui faire, de ce qu'on lui fait, sans volonté, comme sans force, pour se soustraire à ce qui peut être pour lui une cause de souffrances. Il ne connaît pas la douleur, et ne l'appréhende pas. Dès lors, chez lui, point de ces agitations, de ces mouvements violents, qui peuvent rendre une opération difficile, comme ils peuvent en contrarier les suites. Ses muscles, ceux de la face particulièrement, ont peu d'énergie ; ils n'ont de force contractile que celle qui est nécessaire pour la succion ; on n'a point à craindre des mouvements brusques et violents des lèvres et des joues, ni ces efforts de rétraction qui peuvent faire que les parties embrassées par les points de suture se déchirent, ou se désunissent. Et puis, les tissus sur lesquels on doit agir ont une grande vitalité, partant une grande plasticité, une grande tendance à l'adhésion, probablement même à une adhésion plus prompte que cela ne peut être à aucune autre époque de la vie : on peut le présumer, du moins, sans que cela soit rigoureusement démontré. Voilà les circonstances favorables.

Mais, d'un autre côté, les lèvres ont peu d'épaisseur ; les différents tissus qui les forment sont sans consistance : on conçoit qu'ils puissent être facilement coupés par les fils, par les aiguilles ; puis, à cause du peu de hauteur de la

lèvre supérieure, à peine y a-t-il place pour deux points de suture ; et ce n'est pas toujours chose facile de mettre dans un contact parfait les deux bords si minces de la division, après qu'ils ont été avivés. Le fait est que, même avec une grande habitude de pratiquer l'opération dont il s'agit, on obtient rarement chez des enfants nouveau-nés une coaptation aussi parfaite, aussi régulière que possible, des deux parties de la lèvre : aussi voit-on bien rarement la lèvre parfaitement restaurée, même après l'opération qui a le mieux réussi. Ne faut-il pas tenir compte encore de la gêne que doit éprouver et qu'éprouve presque toujours la respiration à cause du resserrement de la bouche et de l'entrée des narines, et du mode insolite, et toujours défectueux, d'alimentation auquel l'enfant sera soumis pendant le temps nécessaire à une parfaite consolidation de la lèvre ? Il est probable que ces deux dernières circonstances sont la cause principale du dépérissement dans lequel on voit tomber certains enfants opérés trop peu de temps après la naissance. S'il était besoin de faits assez probants à cet égard, je citerais le dernier des cas particuliers dont j'ai donné la description comme devant servir de base à toutes mes remarques générales. Vous l'avez vu, par un bonheur inespéré, la nature, et la nature seule, a réparé tout le mal qui devait provenir du dépérissement de l'enfant.

C'est donc chose certaine qu'on peut réussir, et qu'on réussit même assez souvent en tentant de délivrer d'un bec-de-lièvre congénial des enfants âgés seulement de quelques semaines, ou même des enfants tout à fait nouveau-nés. On peut donc, sans scrupule, condescendre aux instances de quelques parents, surtout si les enfants qu'il

s'agit d'opérer ont toute la force de constitution que leur âge comporte. Mais il faut s'attendre aussi à de fréquents revers. Tout bien considéré, le mieux serait de ne point livrer aux chances de la non-réussite de petits êtres dont l'existence est déjà si incertaine et si précaire. Ainsi le prescrit la chirurgie rationnelle; et je voudrais qu'il fût toujours possible de n'opérer les enfants que lorsqu'ils ont au moins dix mois ou un an. A cet âge, leur vie est déjà plus assurée, et pourvu qu'on évite certains moments où un enfant pourrait être tourmenté par le travail de la dentition, on trouve réunies, en grand nombre, les circonstances favorables au succès de l'opération. Les lèvres ont acquis une certaine épaisseur, la circulation s'y fait avec activité; leur tissu est assez consistant pour résister à l'action des points de suture; et l'indocilité ou l'impatience d'un enfant de dix mois ou un an ne sont pas telles qu'on ne puisse en triompher, ou, tout au moins, eu prévenir les fâcheux effets. J'ajouterai que si l'on a à attendre certains résultats de la reconstitution de la lèvre supérieure, tels que le rapprochement des deux moitiés de l'arcade alvéolaire et de la voûte palatine dans un cas de fissure ou de bifurcation de ces dernières parties, ils adviennent, ces résultats, aussi promptement, à peu de chose près, que si l'opération avait été pratiquée à une époque plus rapprochée de la naissance.

Mais les chances de succès, toujours en ayant égard à l'âge, et pour des cas analogues, augmentent avec le temps; et s'il ne fallait pas si souvent céder à l'impatience des parents des enfants nés avec un bec-de-lièvre, à leur désir de voir disparaître cette difformité, le mieux serait encore

que ces enfants ne fussent opérés qu'à l'âge de trois ou quatre ans ; que dis-je? plus tard même, si beaucoup de circonstances ne s'opposaient pas à un trop long délai. A quel beau résultat je suis parvenu chez le jeune garçon de treize ans, dont le cas est compris parmi ceux que j'ai rapportés! J'ai la conviction que ce résultat eût été moins satisfaisant, qu'il eût été incomplet sous quelque rapport, si cet enfant eût été plus jeune de quelques années. Vous avez vu ce qui est arrivé chez un autre qui se trouvait dans les mêmes circonstances exactement, quant au caractère de la difformité, mais qui n'avait que dix mois lorsque je lui fis une première opération. Cette première opération manqua; il fallut en pratiquer une seconde. Celle-ci fut faite huit mois plus tard, heureusement avec succès, non pas, toutefois, sans que j'aie été un moment inquiet sur le résultat.

Voilà pour l'âge considéré en lui-même, sous le rapport des bonnes et des mauvaises chances qui y sont attachées, ou dont il peut être la source chez les enfants qu'on songe à délivrer d'un bec-de-lièvre. Mais, bien rarement peut-on, et doit-on même avoir égard à cette circonstance seulement, pour entreprendre l'opération à telle époque ou à telle autre. Presque toujours, tout au moins dans un grand nombre de cas, d'autres considérations sont en présence. Combien souvent déjà ne faut-il pas tenir compte du désir, de la volonté même des parents, et selon leur préoccupation, hâter ou retarder le moment de l'opération! Le vœu du plus grand nombre, leur vœu le plus ordinaire est qu'elle soit retardée le moins possible; et quelques uns vont, comme je l'ai dit, jusqu'à vouloir que leurs en-

fants y soient soumis immédiatement après la naissance. Puis, n'y a-t-il pas à considérer la bonne ou la mauvaise constitution des enfants? Entre des sujets de même âge (et pour ce dont il s'agit, cela est vrai surtout des enfants nouveau-nés, et des enfants en bas âge), n'y a-t-il pas des différences de force, de santé, d'énergie vitale, et, à cause de cela, convenance d'agir diversement selon les cas? Qu'un enfant soit venu au monde frêle et délicat, on ne peut pas songer à l'opérer dans les premiers jours, ou dans les premières semaines de sa naissance, quels que puissent être les désirs des parents. Et s'il reste chétif, ou s'il a une première enfance maladive, il faut encore temporiser. Que, plus tard ensuite, il soit tourmenté par une dentition pénible et longue, il y a pareillement nécessité de remettre l'opération à une époque plus éloignée ; et cette nécessité existe, alors même que cette opération pourrait être très simple, alors aussi qu'il pourrait y avoir des avantages particuliers à espérer d'une opération un peu hâtive. Ces avantages sont réels pour quelques cas de bec-de-lièvre ; comme dans quelques autres il peut être utile de retarder l'opération. Jusqu'à présent, on n'a point assez pris en considération, à cet égard, le caractère de la difformité, et les effets assez variés qui en résultent, selon qu'elle est de telle sorte ou de telle autre. Vous trouverez bon, je pense, mon cher ami, que je tâche de combler cette lacune, et de suppléer au silence des auteurs sur ce point.

Mais, permettez-moi de vous le dire auparavant, les effets d'un bec-de-lièvre ne sont point toujours semblables, même dans des cas analogues. Cela est vrai surtout pour

le bec-de-lièvre simple. On croirait qu'il doit toujours mettre obstacle au mécanisme de la succion, et que tout enfant qui en est atteint en venant au monde doit être dans l'impossibilité de teter. Il n'est pas rare, au contraire, de voir des enfants qui, avec une telle conformation vicieuse de la lèvre, prennent le sein d'une nourrice, et qu'on peut ainsi soumettre à l'allaitement naturel. C'est comme dans la division simple du voile du palais. Le plus ordinairement, et de quelque manière qu'on s'y prenne, on ne parvient pas à faire teter les enfants qui naissent avec ce dernier vice de conformation ; il y a nécessité de les allaiter artificiellement. Mais dans quelques cas on est assez heureux pour échapper à cette fâcheuse nécessité. Ce ne peut être, toutefois, qu'en donnant à l'enfant une position verticale, pendant qu'on essaie à le faire teter. C'est ainsi qu'avait pu être élevé par sa mère, comme je vous le rappellerai plus tard, M. Stephenson, ce jeune médecin pour qui j'ai créé la staphyloraphie, et qui a joui le premier des bienfaits qu'on peut espérer de cette opération. Bien entendu que, lorsqu'un enfant qui naît avec un bec-de-lièvre peut prendre le sein de sa mère ou d'une nourrice, et ce ne peut guère être que lors d'un bec-de-lièvre simple, il n'y a point à songer à lui faire promptement une opération, au moins dans le but de le rendre apte à exercer la succion.

Mais j'oublie ces cas exceptionnels, et je raisonne d'après ce qui est le plus ordinaire. Eh bien, au moment de la naissance, et dans les premiers temps de la vie, l'opération, sans être indispensable et urgente, est plus indiquée dans les becs-de-lièvre très simples que dans

les becs-de-lièvre compliqués d'une manière quelconque, et à un degré quelconque. Je ne veux pas dire seulement qu'il y a moins d'inconvénients à l'entreprendre, parce que l'exécution en doit être simple, à raison de l'âge du sujet : non, il y a des motifs raisonnables pour ne pas contrarier un vœu très prononcé des parents, pourvu toutefois qu'on puisse fonder sur la bonne constitution de l'enfant des espérances de succès. En effet, si l'opération doit réussir, en peu de jours la lèvre aura recouvré sa conformation naturelle; en peu de jours elle aura la force nécessaire pour exécuter le mouvement par lequel elle concourt à la succion; et comme rien ne s'oppose d'ailleurs à ce que cette action s'accomplisse, l'enfant pourra bientôt prendre le sein de la nourrice : on pourra donc le soumettre à l'allaitement naturel, tandis que sans cela il eût fallu le livrer aux chances, toujours incertaines, de l'allaitement artificiel. Il sera donc bientôt aussi comme s'il était venu au monde sans difformité.

Mais, avec une complication quelconque du bec-de-lièvre, pourquoi songerait-on à restaurer la lèvre dans les premiers temps de la vie? Quand bien même on parviendrait à triompher des difficultés de l'opération, toujours plus grandes en telles circonstances, quand même un plein succès devrait couronner l'entreprise, la position de l'enfant n'en serait point améliorée. Il aurait de moins, sans doute, ce qu'il y avait de plus visible, de plus repoussant dans sa difformité; mais il n'en serait pas moins dans l'impossibilité de teter. Il y aurait toujours nécessité d'user pour lui de l'allaitement artificiel, puisque la fissure de la voûte palatine, ou même une

simple division du voile du palais, subsistant après la consolidation de la lèvre, suffirait pour mettre obstacle à la succion. Il est bien vrai, pour le cas de diduction des deux parties de la voûte palatine, que cette diduction doit disparaître, soit en partie seulement, soit en totalité, par le fait même de la reconstitution de la lèvre : c'est ce que j'établirai plus tard à propos de la staphyloraphie. Mais le phénomène dont il s'agit ne peut s'effectuer que lentement ; et bien que la nature mette d'autant moins de temps à l'accomplir que les sujets sont plus jeunes, on peut dire que l'enfant ne recouvrerait la faculté de teter que lorsque cette faculté lui serait devenue inutile.

A ce que je viens de dire, je ne verrais d'exception que pour le cas, assez rare, d'un bec-de-lièvre simplement bilatéral. Strictement, en effet, dans le but de rendre possible l'allaitement naturel après un laps de temps assez court, on pourrait encore hasarder, ou bien une seule opération, si le cas comportait l'opération en un seul temps pour les deux divisions de la lèvre, ou bien deux opérations distinctes, qui seraient faites à deux époques aussi peu éloignées que possible l'une de l'autre. C'est, toutefois, ce que je n'ai jamais voulu entreprendre ; j'ai toujours résisté aux instances qui m'ont été faites par quelques parents d'enfants nés avec un bec-de-lièvre qui n'était autrement compliqué que parce qu'il était double. J'ai toujours pensé que l'opération applicable à une division congéniale de cette sorte ne devait pas être pratiquée sur des sujets en trop bas âge. C'est un de ces cas dans lesquels il y a tout avantage à attendre, et à attendre longtemps, pour mettre à profit les dispositions favorables que le

temps fait naître dans les parties affectées, et de pouvoir travailler à une réparation plus complète de la difformité.

Mais, ce n'est plus un enfant nouveau-né qui présente un bec-de-lièvre de telle sorte ou de telle autre : c'est un enfant chez lequel on a laissé subsister la difformité, et qui a déjà six ou huit mois, dix mois, un an. Sa constitution s'est accommodée de l'allaitement artificiel ; il s'est bien développé ; il est aussi fort que son âge le comporte. Eh bien, contrairement à ce que je viens d'établir pour les enfants nouveau-nés, si le bec-de-lièvre est simple, il y a des motifs suffisants pour tarder encore à pratiquer l'opération, c'est-à-dire pour temporiser : s'il est compliqué, au contraire, surtout s'il est avec fissure de la voûte palatine, et diduction des deux parties de cette voûte dans toute sa longueur, ou dans la moitié antérieure seulement, il pourrait y avoir quelque avantage à ce que la restauration de la lèvre fût opérée promptement. Vous qui connaissez déjà, en partie, mes vues, mon cher Lawrence, mes idées, et ce que, avec un peu plus de prétention, j'appellerais ma doctrine, pour tout ce qui a rapport aux vices de conformation de la voûte palatine, et du voile du palais, vous devinez ma pensée présente. La voici, toutefois.

Chez un enfant de huit ou dix mois, d'un an, la vie ne peut plus dépendre de la manière dont il est nourri. Cet enfant n'a plus à souffrir de ne plus pouvoir teter ; ce n'est donc plus chose urgente, au moins au point de vue de l'alimentation, qu'il soit débarrassé de sa difformité quand elle est simple. On peut faire l'opération, si, sous d'autres rapports, les circonstances sont favorables, comme on peut la remettre à une époque plus éloignée, s'il semble que,

plus tard, les chances de succès doivent être plus grandes. Maintenant comme plus tard, et plus tard comme maintenant, faire disparaître la difformité, laquelle existe au moindre degré possible, c'est le seul but qu'on puisse se proposer. Mais, dans presque toutes les complications avec lesquelles le bec-de-lièvre peut se présenter, il y a à espérer d'une opération qui réussit autre chose que la disparition de la difformité extérieure. Ainsi, y a-t-il division de la voûte palatine, les deux parties de cette voûte se rapprocheront par le seul fait de la réunion de la lèvre. Y a-t-il disjonction, séparation, des os incisifs d'avec les os maxillaires (et cette disjonction n'existe jamais sans que l'un de ces petits os, ou tous les deux ensemble fassent une avance, une saillie plus ou moins considérable, et, presque jamais non plus, sans une division double de la lèvre), cette autre difformité disparaîtra, soit qu'on ait abattu cette saillie, à laquelle la cloison des narines forme une sorte de pédicule, soit qu'on ait essayé de la repousser dans l'intervalle qui séparait les deux parties latérales de l'arcade alvéolaire. Eh bien, tous ces résultats, on peut désirer de les obtenir chez un enfant qui a déjà huit ou dix mois, ou un an. Il est certain même qu'à cette époque de la vie on les obtient, et plus facilement, et plus promptement que sur des enfants plus avancés en âge.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille toujours profiter de cette première époque favorable, pour pratiquer l'opération applicable aux becs-de-lièvre compliqués? Non, assurément, ce n'est pas la conséquence de l'idée que je viens d'émettre. J'ai voulu seulement faire entendre que chez

un enfant de huit ou dix mois, ou d'un an, et en n'ayant égard qu'à la difformité elle-même, il serait plus rationnel de pratiquer l'opération pour un bec-de-lièvre compliqué que pour un bec-de-lièvre simple. Car, par d'autres considérations que j'ai présentées précédemment, il faudrait pouvoir toujours la remettre à une époque plus éloignée. Je l'ai dit, quel que soit l'état des choses, c'est à l'âge de trois ou quatre ans que les enfants sont dans les conditions les plus favorables pour subir l'opération du bec-de-lièvre. Tous les effets secondaires qu'on peut attendre de cette opération dans les cas de complication, on les obtient à cet âge, comme on les obtiendrait plus tôt ; seulement ils sont plus lents à se produire. Mais, on opère alors plus sûrement, avec plus de chances de succès, et avec l'espérance d'un résultat définitif plus satisfaisant.

Toujours en ayant égard aux inductions à tirer du genre même de la difformité relativement à l'époque la plus convenable pour l'opération du bec-de-lièvre, un cas se présente souvent ; et ce cas soulève une question particulière qui ne comporte pas une seule et même solution : le voici. C'est la coïncidence d'une division congéniale, ou simple, ou double, de la lèvre supérieure avec une division, pareillement congéniale, du voile du palais. Tantôt les deux difformités se confondent, n'en font qu'une seule, pour ainsi dire, parce qu'il y a en même temps fissure complète de la voûte palatine. D'autres fois, au contraire, elles sont distinctes et séparées, parce que la voûte du palais présente une conformation normale. De même qu'on entreprend de rétablir la continuité de la lèvre par l'opération du bec-de-lièvre, de même on entreprend de recon-

stituer le voile du palais par la staphyloraphie. Mais, tandis que l'opération du bec-de-lièvre est praticable à tous les âges, voire même dans les premiers temps de la vie, la staphyloraphie ne peut guère être faite que sur des sujets qui ont au moins quinze ou seize ans. D'un autre côté, cette dernière opération, qui, généralement, présente d'assez grandes difficultés, est d'une exécution un peu plus facile quand on peut profiter de l'ampleur que donne à l'ouverture de la bouche, et à la bouche elle-même, un bec-de-lièvre auquel on n'a pas encore touché. Ces deux opérations différentes devant ainsi être faites l'une après l'autre, et à deux époques différentes, dans quel ordre peut-il être plus avantageux de les faire succéder l'une à l'autre? Quelle la première? quelle la seconde? Telle est la question que je faisais pressentir il n'y a qu'un moment.

Cette question n'en est une réellement, et il ne peut y avoir quelque hésitation sur le parti à prendre, qu'à l'égard des sujets qui, n'ayant pas subi dans leur enfance l'opération applicable au bec-de-lièvre, approchent de l'âge où ils pourraient être soumis à la staphyloraphie. En effet, sur des sujets plus jeunes, chez des enfants du premier ou du second âge; en un mot, chez tous ceux qui ont moins de quatorze ou quinze ans, on ne peut pas remettre à faire disparaître le bec-de-lièvre jusqu'au temps où l'on aura pu pratiquer la staphyloraphie. Ce serait chose puérile de laisser subsister la difformité extérieure cinq ou six années encore, ou même plus, en vue d'un peu moins de difficultés pour la suture du voile du palais. A quoi il faut ajouter qu'on laisserait s'écouler sans fruit un temps encore très

favorable au rapprochement des deux parties de la voûte palatine, dans les cas où la bifidité de cette voûte complique à la fois, et le bec-de-lièvre, et la division du voile palatin.

Mais sur des sujets un peu plus âgés, au contraire, sur des sujets parvenus à l'époque de la vie où la staphyloraphie est praticable, il y a tout avantage à ne s'occuper du bec-de-lièvre qu'après avoir tenté cette autre opération. Pourquoi ne profiterait-on pas, en effet, de la facilité que l'état de la lèvre peut donner pour le jeu des instruments au fond de la bouche? Et même, je consentirais volontiers à ce que, pour un sujet de quatorze ou quinze ans, on oubliât le précepte que je donnais il y a peu d'instants. Deux ou trois années d'attente doivent suffire pour que le moment soit venu de le soumettre à la staphyloraphie avant de lui faire l'opération du bec-de-lièvre. C'était presque le cas dans lequel se trouvait le sujet d'un des faits que j'ai rapportés, celui de la Ve observation. Je songeai un moment à combattre le désir qu'avaient les parents de ce jeune garçon, qu'il fût délivré le plus tôt possible du bec-de-lièvre très compliqué avec lequel il était venu au monde, et qu'il avait conservé si longtemps : j'aurais presque voulu qu'il le gardât jusqu'à l'époque où l'on aurait pu s'occuper de la division du voile du palais. Mais il n'était point de Paris; on lui avait fait faire un assez long voyage pour l'amener dans la capitale. C'eût été chose pénible pour ses parents que leur attente ne fût pas remplie. Puis, ce jeune garçon n'avait guère plus de treize ans : il était né, et avait été élevé à la campagne; il ne devait pas avoir de bonne heure la force de raison qui est nécessaire pour subir la

staphyloraphie; il se pouvait même qu'il n'eût jamais le désir que cette opération lui fût pratiquée. Toutes ces considérations me détournèrent de la première pensée que j'avais eue. Je me félicite maintenant du parti que j'ai dû prendre à son égard, puisque l'opération faite sur la lèvre a eu un résultat si remarquablement beau. Ce jeune garçon y a gagné cela encore, que, bien qu'il eût déjà treize ou quatorze ans, il y aura eu, par le fait de la restauration de la lèvre, disparition de l'ouverture que présentait la voûte du palais, au moins dans la partie antérieure. Que sais-je même? peut-être y a-t-il eu aussi diminution de l'intervalle qui séparait les deux parties du voile du palais. Si l'on a dû agir sur ce dernier organe, l'opération aura été entreprise, non pas avec plus de facilité, mais avec plus de chances de succès que si j'eusse laissé subsister le bec-de-lièvre.

LETTRE SIXIÈME.

Comme vous l'avez vu dans ma précédente lettre, mon cher ami, ma pensée est donc qu'il n'y a rien de positif, et qu'on ne peut établir rien d'absolu quant à l'âge auquel il convient le mieux de soumettre à l'opération les sujets qui ont un bec-de-lièvre. C'est presque une question à résoudre pour chaque cas, en particulier, tant elle est complexe, tant elle comprend d'éléments. Que de choses doivent être prises en considération : c'est l'âge présent des sujets, et ce qui en dérive immédiatement ; c'est la constitution et le degré de force dont ils sont doués ; c'est le désir, quelquefois même la volonté expresse, ou dans certains cas, l'opposition des parents ; c'est le caractère particulier ou le degré de la difformité, avec les conséquences diverses qu'elle peut avoir à telle ou à telle autre époque de la vie ; ce sont aussi les effets à attendre de l'opération, effets qui sont eux-mêmes un peu différents selon que cette opération est appliquée à telle sorte de bec-de-lièvre ou à telle autre, et aussi quelque peu subordonnés à l'âge même du sujet à opérer. Cependant, en thèse générale, on peut dire qu'en ayant égard au but de l'opération dont il s'agit, et aux avantages qu'elle doit procurer, il serait heureux qu'on pût toujours la faire dans les premiers temps de la vie : plus tôt elle est pratiquée, si elle l'est avec succès, plus tôt aussi disparaissent les effets plus ou

moins graves de la difformité à laquelle elle se rapporte. Le doute, l'hésitation, la divergence d'opinion des praticiens, ont leur source dans l'incertitude du résultat de l'opération elle-même. Eh bien, c'est chose positive, c'est chose démontrée par l'expérience, que le succès de l'opération est d'autant moins probable que les sujets sur lesquels on la pratique sont plus jeunes. Les enfants nouveau-nés sont sous ce rapport dans les conditions les plus défavorables. Les chances de réussite augmentent à mesure qu'on s'éloigne de la naissance; et n'étaient tant de considérations, tant de motifs plus ou moins plausibles qui portent à ne pas laisser grandir avec leur difformité les sujets atteints d'un bec-de-lièvre, il y aurait un avantage réel à ce qu'ils fussent opérés à une époque plus éloignée de la première enfance qu'on ne le fait ordinairement. C'est mon dernier mot sur ce point.

IV. J'ai maintenant à agiter quelques questions concernant l'opération elle-même, et à vous faire connaître les résultats de ma propre expérience pour la solution de ces questions. Mais il me faut préalablement exposer en peu de mots quelle a été presque de tout temps, et quelle est actuellement encore ma manière de procéder à cette opération dans les cas simples, qui sont aussi les plus ordinaires. Je le sens, vous trouverez que c'est reproduire jusqu'à un certain point ce que j'ai pu dire autrefois, soit dans ma *Médecine opératoire*, soit dans l'article BEC-DE-LIÈVRE du *Dictionnaire de médecine*. Mais je le ferai brièvement, et avec la confiance que la description nouvelle paraîtra, plus encore que les précédentes, empreinte du caractère que peuvent seules donner aux choses de ce

genre une grande habitude de faire et une longue expérience. C'est à certains détails, au reste, que j'attacherai plus volontiers quelque importance : car, pour le fond, rien ne m'appartient; car les préceptes importants, les règles essentielles à suivre dans l'opération du bec-de-lièvre; en un mot, les bases principales de cette opération sont établies depuis longtemps. Je n'ai pas eu à m'éloigner beaucoup de ce que j'avais entendu prescrire, de ce que j'avais vu faire par ceux qui ont été mes maîtres. On a pu le remarquer déjà dans les deux articles que je rappelais à l'instant; l'un qui remonte à une trentaine d'années, et l'autre fait une première fois il y a vingt ans passés, mais refait il y a sept ou huit ans seulement.

Soit donc un bec-de-lièvre simple, en ce sens d'abord qu'il existe d'un côté seulement, qu'il est unilatéral; et simple aussi sous cet autre rapport, qu'il existe sans autre conformation vicieuse de l'arcade alvéolaire ou de la voûte palatine (1). Il s'agit le plus ordinairement d'un enfant, quelquefois même d'un enfant très jeune. Eh bien, le moment étant choisi pour l'opération, je le fais placer assis sur les genoux d'une personne chargée de lui tenir les membres et le corps autant que possible dans l'immobilité. Un autre aide, et ce doit être un aide intelligent, placé derrière, fixe la tête en même

(1) Il tombe sous le sens qu'une division concomitante du voile du palais seulement ne changerait rien à la manière dont il faut agir sur la lèvre. On peut en dire presque autant d'une fissure de la voûte palatine complète, mais sans saillie formée par les os incisifs, pourvu toutefois que la diduction des deux os maxillaires ne soit pas très considérable.

temps qu'il pousse les joues en avant, et qu'il tâche de comprimer avec les doigts les artères faciales sur la mâchoire inférieure. Ces premiers soins pris, je divise, d'un côté d'abord, puis du côté opposé, l'espèce de bride par laquelle chacune des deux parties de la lèvre tient au bord alvéolaire; en d'autres termes, je détache chaque portion de la lèvre d'avec la mâchoire supérieure, assez pour pouvoir pratiquer facilement l'excision : pour cela je me sers d'un petit bistouri convexe. Quelquefois, il y a nécessité d'étendre cette sorte de dissection jusque derrière l'aile du nez : c'est surtout quand la division comprend toute la hauteur de la lèvre, et plus encore quand il y a en même temps fissure de l'arcade alvéolaire. Mieux vaut toujours faire plus que moins : on se prépare plus de facilités soit pour l'avivement, soit pour la coaptation des deux parties de la lèvre.

Cet avivement, que j'appellerai le second temps de l'opération, j'y procède incontinent après la séparation de la lèvre d'avec la mâchoire. Je l'ai toujours fait avec des ciseaux, si ce n'est dans les quelques cas assez récents où, pour expérimenter les vues d'autres chirurgiens, j'ai voulu conserver les lambeaux, et les adapter l'un à l'autre par leurs surfaces sanglantes, dans le but d'obtenir une plus parfaite restauration de la lèvre. Chacun des deux lambeaux doit être triangulaire, et avoir sa base en bas; elle est prise sur le bord libre de la lèvre. Pour les bien tailler avec des ciseaux, il faut que chaque bord de la division soit préalablement saisi à sa partie inférieure avec une petite pince érigne, ou tout simplement avec une pince ordinaire à ligature. J'ai l'habitude de faire en premier

lieu l'excision du côté gauche, et je termine par celle du côté droit. Je pense que, sans franchir certaines limites, il faut soigneusement éviter que les lambeaux ne soient trop étroits : en bas surtout, il faut dépasser l'angle arrondi par lequel chaque bord de la division de la lèvre est uni à la partie correspondante du bord libre. C'est le moyen de faire qu'une fois reconstitué, ce bord libre de la lèvre, s'il n'offre pas une rectitude parfaite, ne soit pas au moins trop irrégulièrement conformé : et l'excision sera d'autant mieux faite que chacun des deux lambeaux aura été enlevé par un seul coup d'instrument donné avec hardiesse et promptitude. C'est pour cela qu'il faut des ciseaux un peu forts. Presque toujours il est besoin, après l'avivement terminé, de faire saisir avec deux doigts chacune des deux parties de la lèvre, jusqu'à ce qu'on soit prêt à commencer la suture en plaçant les aiguilles, pour arrêter le sang que lancent les artères labiales.

Voilà comment je pratique la partie de l'opération qu'on nomme l'avivement. De même que le temps n'est plus où l'on songeait à remplacer cette excision avec l'instrument tranchant par la simple excoriation des bords de la division de la lèvre avec un vésicatoire, ou avec quelque agent caustique, de même il n'entre plus dans la pensée des chirurgiens qu'on puisse tenter et obtenir une coaptation exacte et régulière de ces bords, une fois mis à l'état de cruentation, autrement qu'avec la suture. Rien n'empêche, au reste, de seconder l'effet de la suture, et d'en éloigner quelques inconvénients, en associant à ce principal moyen l'application d'un bandage unissant. Strictement, on pourrait réussir avec la suture simple, et je

comprends que quelques chirurgiens n'aient pas eu à se repentir de l'avoir employée; mais la suture entortillée est de beaucoup préférable. Avec cette suture, aucun point de la division n'échappe à l'action unissante; la coaptation des bords est uniforme : et, chose importante, avec elle aussi, il y a moins à craindre la déchirure des parties traversées par chaque aiguille; les verges métalliques coupent moins facilement les chairs qu'elles parcourent, et sur lesquelles elles agissent, que ne le font les fils de la suture simple, qui ont des nœuds et forment des anneaux complets.

Pour faire la suture entortillée, je place trois aiguilles parallèlement les unes aux autres et à des intervalles égaux, ou deux seulement, selon que la lèvre a plus ou moins de hauteur. L'inférieure correspond à la limite même des téguments, près du bord libre, et je mets celle d'en haut immédiatement au-dessous des ailes du nez. Toutes, une fois engagées, doivent avoir leurs extrémités à trois lignes au moins, ou même à quatre lignes des bords qu'elles traversent. Je me sers indifféremment, ou de fortes épingles ordinaires un peu longues, ou de verges d'acier à pointes en fer de lance, ou de verges d'argent ayant une pointe amovible d'acier. Besoin n'est pas que je reproduise sur la manière de les placer des détails qu'on trouve dans tous les ouvrages classiques : avec vous ces détails seraient déplacés. Je passe également sous silence ce qui concerne l'arrangement du fil destiné à compléter la suture. Permettez-moi de dire seulement que, tout en tenant à ce que l'espèce de traction exercée par les anses multiples qu'on forme avec ce fil ne soit ni trop faible, ni trop forte, ou à

ce que les différents points de suture, ainsi qu'on dit, ne soient ni trop lâches, ni trop serrés, je redoute cependant peut-être moins cette dernière imperfection que la première, quand elle n'est pas portée à un degré extrême, et quand la lèvre a de l'épaisseur. Certaines fois même, il faut bien à cet égard franchir les limites en deçà desquelles il eût été préférable de s'arrêter. Mais le moyen de faire autrement quand les deux parties de la lèvre sont séparées par un grand intervalle ; quand, par exemple, on fait l'opération pour un bec-de-lièvre double, sans faire servir le lambeau moyen à la reconstitution de la lèvre? C'est une chose remarquable jusqu'à quel point, dans certains cas, les lèvres peuvent être impunément tiraillées, distendues, et de plus étreintes et comme étranglées là où deux parties de l'une d'elles sont embrassées par des points de suture. Combien cela est heureux, surtout pour la lèvre inférieure, après ces ablations de tumeurs cancéreuses si volumineuses, ou si étendues transversalement ; ou bien encore après certaines opérations entreprises pour faire disparaître des divisions anciennes avec perte de substance! Il est vrai que toutes ces opérations sont pratiquées sur des sujets adultes, bien plus souvent que sur des enfants, et conséquemment à des époques de la vie où les lèvres ont une grande force et une grande résistance. Il est vrai encore que, pour la lèvre inférieure surtout, on parvient à augmenter la souplesse et l'extensibilité des parties qu'on veut réunir, en détruisant au loin les adhérences qu'elles ont avec la mâchoire.

Chez les très jeunes sujets, c'est-à-dire chez les enfants en très bas âge, on peut à la rigueur ne point ajouter un

bandage unissant à la suture. C'est ce que je fais très souvent, surtout après l'opération pour un bec-de-lièvre simple, dans la conviction où je suis que les cris, même les plus forts, ne peuvent produire ni une distension, ni une contraction des joues capable d'occasionner la déchirure des lèvres. Quand je crois devoir appliquer un petit appareil unissant, je le dispose de manière qu'il agisse en maintenant les joues poussées en avant. C'est seulement lorsque la suture est enlevée qu'on peut agir sur des parties très rapprochées des bords de la division, et sur ces bords eux-mêmes, avec un bandage unissant proprement dit. Pour cela, quand le moment est venu, je ne trouve rien de plus simple qu'une bande roulée à deux globes avec laquelle on entoure d'abord la tête, et dont les deux parties, amenées de l'occiput sur les joues jusque sous le nez, sont croisées au-devant de la lèvre, l'une des deux étant engagée dans une boutonnière faite à l'autre. On a quelque peine à se figurer la force avec laquelle ce bandage si simple agit, et combien il est puissant pour maintenir en contact les deux parties de la lèvre, et prévenir leur disjonction. Que dis-je? il m'est arrivé d'en user comme dernière ressource, et avec succès, pour obtenir une réunion secondaire dans des cas où il n'y avait point eu d'adhésion primitive; ou bien encore dans des cas où, par quelque accident, les deux parties de la lèvre s'étaient séparées après l'enlèvement de la suture. Généralement, je préfère pour les lèvres ce petit bandage unissant à l'application de bandelettes agglutinatives.

Pour saisir l'occasion de faire quelques remarques sur ce dernier bandage, j'ai perdu de vue un moment l'appa-

reil un peu plus compliqué par l'application duquel je termine ordinairement l'opération : j'y reviens. Comme il y a plusieurs manières de le disposer, à peu près également bonnes, ou plutôt comme on peut user de moyens assez différents pour satisfaire à l'indication de maintenir les joues poussées en avant, et de mettre ainsi la lèvre dans le plus grand relâchement possible, je me borne à rappeler l'indication elle-même, sans décrire aucun appareil en particulier. J'ai peu varié en ce genre de choses ; ou plutôt, après avoir, dans les premiers temps de ma carrière, essayé divers procédés pour les comparer les uns aux autres, comme je l'ai fait dans tant d'autres parties de la thérapeutique chirurgicale, et surtout de la médecine opératoire, j'ai fini par adopter le bandage assez simple connu sous le nom d'*appareil de Desault*. C'est le seul que j'emploie depuis bien longtemps, tant après l'opération du bec-de-lièvre qu'après la restauration de la lèvre inférieure. On trouve partout, et l'on peut se procurer sans embarras, les pièces nécessaires pour le composer, puisqu'on n'a besoin que de bandes et de pièces de linge.

Je passe sous silence ce qu'il y a à faire pendant les premiers jours qui succèdent immédiatement à l'opération. Ma pratique n'a rien, je crois, qui la distingue sous ce rapport de celle des autres chirurgiens. Mais, vient le moment de délivrer l'enfant de la gêne toujours assez grande que lui cause le bandage, et d'enlever les points de suture. A mon sens, on ne doit pas retirer les aiguilles avant la fin du troisième jour : le plus ordinairement même je ne les ôte qu'après quatre jours pleins écoulés depuis l'instant où l'opération a été pratiquée. A peine ai-je besoin de

dire qu'elles doivent être retirées de telle manière ou de telle autre, c'est-à-dire d'un côté ou d'un autre, selon qu'on s'est servi ou d'épingles à tête, ou d'aiguilles sans tête et à lance fine, ou de verges cylindriques dont la pointe a été enlevée. Quelquefois il m'arrive, après avoir ôté les deux supérieures, de laisser celle d'en bas un jour de plus; c'est lorsque les petites masses de fil qui correspondaient aux premières étant retranchées, je m'aperçois que l'adhésion est trop faible entre les bords de la division, et quand d'ailleurs les ouvertures faites par les aiguilles ne sont pas trop ulcérées.

On a recommandé, et peut-être ai-je recommandé moi-même dans un temps, de laisser les fils attachés à la peau pendant un jour ou deux après qu'on a retiré les aiguilles. Ils font l'office, a-t-on dit, d'emplâtres agglutinatifs, et maintiennent en contact les deux parties de la lèvre. Mais j'ai cru remarquer dans beaucoup de cas que leur présence avait causé l'ulcération des points de suture, je veux dire un agrandissement considérable des ouvertures pratiquées par les aiguilles. Depuis longtemps j'ai pris une autre habitude. Je retire bien les aiguilles sans décontourner préalablement le fil avec lequel ont été faits, tant dans le sens horizontal que dans le sens vertical, les huit de chiffre dont les anneaux en embrassent les bouts; mais aussitôt qu'elles sont retirées, j'enlève toute la masse du fil. Je veille toutefois à ce que les joues soient maintenues immobiles par une forte pression exercée d'arrière en avant : cela est nécessaire surtout chez les enfants, dont on a tant à craindre l'agitation et les cris. J'applique ensuite, avec ou sans

coussinets sur les joues, le petit bandage unissant que j'ai indiqué plus haut. Il y a presque toujours nécessité de le renouveler toutes les vingt-quatre heures pendant quelques jours, pour qu'il agisse d'une manière continue, et au même degré. On le remplace ensuite, pour quelques jours encore, par une ou deux bandelettes agglutinatives, dont les extrémités se prolongent jusque sous le lobe de l'oreille. Bientôt on s'affranchit de tout soin, de toute précaution; la lèvre est complétement abandonnée à elle-même; la bouche peut remplir toutes les fonctions qui lui sont départies.

C'est bien ainsi, pour ce qui est du résultat de l'opération, que les choses se passent dans la généralité des cas. Pourtant il faut dire qu'alors même qu'on réussit, le succès n'est pas toujours également beau, également honorable pour le chirurgien et pour l'art : une échancrure plus ou moins profonde en bas, sur le bord libre; un défaut d'alignement des deux parties de ce bord; une inflexion vicieuse de la ligne qui en sépare la partie vermeille d'avec la peau; une perforation en haut, immédiatement au-dessous de la sous-cloison, ou de l'une des ouvertures des narines; ou bien encore, au lieu d'une cicatrice tout à fait linéaire et à fleur de la peau, une cicatrice enfoncée en forme de gouttière plus ou moins profonde, comme s'il n'y avait point eu réunion des couches extérieures de la lèvre; quelquefois aussi un raccourcissement de la lèvre, résultat ordinaire d'une ulcération qui s'est faite à la partie supérieure, et que la nature n'a pu cicatriser qu'en attirant la lèvre vers le nez; et d'autres fois enfin une cicatrice étendue en surface, provenant de ce

que la peau a été déchirée, ou profondément ulcérée par les points de suture : voilà autant d'imperfections, quelques unes très légères, d'autres plus graves, que le chirurgien le plus habile ne peut pas toujours éviter. Plusieurs sont réparables jusqu'à un certain point ; mais ce ne peut être qu'en pratiquant une nouvelle opération, qui consiste à enlever la portion défectueuse de la lèvre, comme si elle était le siége de quelque altération pathologique, pour obtenir ensuite une coaptation plus régulière des deux parties latérales. Je n'ai jamais eu le courage de faire, ni seulement même de proposer chez des enfants une telle opération itérative, pour corriger les imperfections de la première : mais je l'ai pratiquée plusieurs fois sur des sujets déjà grands ; et je le dirai sans orgueil, comme sans malveillance, ça été dans presque tous les cas sur des individus qui avaient passé en premier lieu par d'autres mains que les miennes.

C'est déjà quelque chose de remarquable, de satisfaisant, on pourrait presque dire c'est beaucoup après l'opération d'un bec-de-lièvre quelconque, que le bord libre de la lèvre ne présente ni dépression, ni échancrure au-dessous de la cicatrice, qu'il soit parfaitement droit : mais ce serait mieux encore qu'il présentât les contours que la nature lui a donnés dans une bouche bien conformée ; qu'il offrît cette légère saillie médiane, ce petit mamelon qui, chez tant de personnes, divise d'une manière si gracieuse l'intervalle des commissures, en même temps qu'il augmente tant soit peu la hauteur de la lèvre dans la partie moyenne. Avec le dessein d'en arriver là, on prescrit depuis longtemps une certaine manière de placer

l'inférieure des deux ou trois aiguilles qu'on emploie pour la suture entortillée : on donne le conseil de la faire pénétrer, d'un côté obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, et du côté opposé de haut en bas et de dedans en dehors; et cela pour que les chairs qui confinent le plus immédiatement avec les surfaces sanglantes soient repoussées en bas par l'aiguille elle-même, qui doit prendre une direction horizontale. On espère obtenir ainsi une légère saillie au-dessous de la division, et sur le milieu du bord libre de la lèvre.

Bien rarement, il faut le dire, obtient-on par ce procédé ce qu'il semble promettre à la première vue: on le suit en grande partie par habitude, parce qu'il est recommandé dans les livres; et moi-même je me suis rarement abstenu de l'employer. J'aurais cru mal faire en transgressant un précepte auquel ont tenu les meilleurs chirurgiens, et de l'application duquel résulte au moins peut-être cet avantage, qu'on prévient autant que possible une échancrure trop forte du bord libre de la lèvre. Dans un temps, il m'était venu à la pensée, mais sans que j'aie jamais réalisé cette vue, qu'on atteindrait peut-être mieux encore le but en avivant les lèvres de la division, non par une incision droite, comme on le fait généralement, mais par une incision courbe ou en croissant. Devenus droits et allongés par le fait de leur rapprochement, les bords sanglants devaient avoir leur extrémité inférieure un peu saillante sur le milieu du bord libre de la lèvre. Maintenant que l'attention se porte vers de nouveaux perfectionnements à apporter à une opération pour laquelle il semblait que l'art était parvenu à ses dernières limites, maintenant

qu'on entrevoit la possibilité d'obtenir plus que ce qu'on obtenait précédemment, peut-être saisirai-je une occasion favorable de mettre à exécution le projet que j'avais formé.

Je me trompe beaucoup si une autre modification dans la manière de procéder à l'avivement des bords de la division dans l'opération du bec-de-lièvre n'a pas été proposée par un chirurgien dont le nom ne se présente pas à mon esprit, toujours dans le but de donner à la partie moyenne de la lèvre toute la hauteur possible, et d'obtenir un mamelon médian sur le bord libre. Je regrette de ne pas pouvoir être plus explicite à cet égard : j'aurais aimé à donner ici une petite place à cette innovation, et à la mettre en regard avec ce qui a été fait plus récemment par MM. Clémot et Malgaigne.

On le sait par ce que j'ai déjà dit dans mon observation V°, tailler de chaque côté le lambeau d'avivement de haut en bas, non plus avec des ciseaux, cela serait impossible, mais avec un bistouri ; le prolonger ou l'étendre seulement jusqu'à la ligne qui forme la limite du bord vermeil de la lèvre ; puis, en même temps qu'on place les aiguilles pour la suture entortillée, renverser les deux lambeaux l'un vers l'autre, de manière à les mettre en contact par leurs surfaces sanglantes, qui continuent alors les deux bords principaux de la division ; les joindre même plus immédiatement encore l'un à l'autre, et les ajuster en les traversant avec un fil, de telle sorte qu'ils forment ensemble un appendice, un long mamelon, une sorte de luette que, plus tard, et lorsqu'ils seront parfaitement réunis, on pourra facilement tailler et réduire à de moindres dimensions : tel est le procédé auquel a songé

M. Malgaigne, et qu'il a décrit dans un des premiers cahiers de son *Journal de chirurgie;* procédé dont il avait déjà fait une heureuse application, et dont il a développé les avantages avec une grande habileté. Car, dit-il avec beaucoup de raison, en conservant ainsi, pour les adapter l'un à l'autre, les deux lambeaux d'avivement, on fait plus que préparer la formation d'un mamelon sur le bord libre de la lèvre, mamelon qui n'est gracieux qu'autant qu'il est tout à fait médian; on augmente la hauteur de la lèvre elle-même; on assure la parfaite horizontalité des deux parties latérales du bord libre; on prévient leur relèvement sur la ligne même de la cicatrice, et, en conséquence, la formation de la petite échancrure qui bien souvent termine cette cicatrice. Et dût-on voir les lambeaux se détacher près de leur base, faute de vaisseaux assez nombreux pour les alimenter, ou parce que les fils de la suture leur auront fait éprouver une sorte d'étranglement, la lèvre n'en conserverait pas moins une conformation préférable à celle qu'elle aurait eue autrement. Reste à savoir si l'expérience confirmera les prévisions de la théorie, ou si les résultats seront aussi généralement bons qu'il est permis de l'espérer.

J'avais d'abord mal pensé du procédé dont il s'agit, et j'avais renoncé à l'expérimenter de nouveau après l'avoir employé deux fois sans avantage aucun, les lambeaux s'étant détachés de la lèvre. C'était, il y a près de vingt ans, peu de temps après un voyage que venait de faire à Paris l'un de nos plus habiles chirurgiens de la marine, M. Clémot, de Rochefort, dont la mort, assez récente, a excité tant de regrets. J'avais appris de

lui que depuis longtemps il avait apporté cette modification à l'opération du bec-de-lièvre, dans le but d'obtenir une plus gracieuse conformation du bord libre de la lèvre. Je m'étais empressé de l'expérimenter, bien qu'elle me parût alors, comme elle me semble encore maintenant, devoir rendre l'opération plus minutieuse et plus longue; inconvénient réel, surtout à l'égard d'une opération qu'on fait le plus ordinairement sur de très jeunes sujets, sur des sujets indociles. Peut-être cependant aurais-je dû poursuivre les premiers essais que j'avais faits de ce procédé. Parce que je n'avais pas réussi deux fois, sur deux enfants en bas âge, sur deux sujets de quelques mois l'un et l'autre, était-ce une raison pour que je n'en obtinsse pas un résultat avantageux sur des sujets plus âgés? Des faits récents prouvent que j'avais eu tort d'en mal augurer.

C'est donc à M. Clémot, de Rochefort, qu'appartient la pensée première du procédé dont il s'agit, qui, à ce qu'il paraît, lui était familier depuis longtemps quand il me le communiqua. Mais, comme cela était connu de moi seulement, à ce que je pense du moins, il faut accorder à M. Malgaigne d'avoir créé de nouveau ce que M. Clémot avait imaginé une première fois. Selon ce qu'il rapporte, et ce qui a été constaté par beaucoup de personnes, le résultat de l'opération a été remarquablement heureux chez le jeune garçon sur lequel il a fait le premier essai de cette conservation des lambeaux d'avivement. Je n'ai pas été moins favorisé par l'événement dans le cas dont j'ai rendu compte, et qui fait le sujet de la cinquième des observations qui sont rapportées plus haut. D'autres succès sont déjà

venus s'ajouter à ceux-là, comme on peut le voir dans un travail de M. Mirault, d'Angers (Journal de M. Malgaigne, numéro de septembre 1844).

Mais qu'on doive réussir toujours, ou même dans le plus grand nombre des cas, c'est douteux. Déjà, comme je vous l'ai dit, mes premiers essais ont été à peu près nuls, quant au résultat; et dans deux autres cas plus récents, qui ont suivi celui dans lequel l'événement a été si favorable, c'est-à-dire chez les deux enfants qui sont les sujets de mes observations IXe et X^{e}, les choses se sont passées comme si les lambeaux d'avivement n'avaient pas été conservés. Ces sujets étaient fort jeunes, à la vérité; l'un avait dix mois seulement, l'autre était un enfant nouveau-né. Les deux premiers que je rappelais à l'instant n'avaient non plus, l'un et l'autre, que quelques mois. Serait-ce donc que l'âge tendre n'est pas une condition favorable pour l'application du procédé dont il s'agit? Et se pourrait-il qu'à raison de l'épaisseur plus grande des lèvres, et de la résistance plus grande aussi des tissus qui entrent dans leur composition, il convînt mieux pour des sujets de trois ou quatre ans, ou même pour des sujets plus âgés encore? C'est ce qui semble indiqué par les résultats connus jusqu'à présent. Le jeune garçon sur lequel M. Malgaigne a si bien réussi avait déjà vingt-trois ans : celui qui est le sujet de mon observation V^{e}, et sur lequel aussi j'ai obtenu un succès si remarquable, était moins âgé; mais il avait treize ans; et les sujets des trois cas, pareillement heureux, recueillis par M. Mirault, avaient six ans, treize ans, et quinze ans.

Telle est l'opération du bec-de-lièvre dans les cas

simples, et dans certains autres aussi où, bien que la division de la lèvre soit accompagnée de quelque disposition anormale des parties adjacentes, celle-ci ne présente, actuellement au moins, aucune indication particulière à remplir. Viennent maintenant les complications et les modifications que chacune de celles-ci doit apporter à l'opération, telle que j'ai cru devoir d'abord la considérer.

V. Trois cas principaux se présentent, ce sont : 1° le bec-de-lièvre simplement bilatéral, c'est-à-dire, le bec-de-lièvre double, sans déformation aucune de l'arcade alvéolaire, ou de la voûte du palais ; 2° le bec-de-lièvre unilatéral ou simple, mais avec division de la voûte palatine, incomplète en avant, ou complète ; 3° le bec-de-lièvre avec disjonction et avance d'un des os incisifs, ou de ces deux os en même temps, et bifurcation de la voûte palatine. Dans ce dernier cas, la division de la lèvre est ordinairement double, soit que la partie intermédiaire aux deux fentes de la lèvre ait la forme d'un simple tubercule, soit qu'elle ait, au contraire, à la fois une hauteur presque égale à celle de la lèvre, et une largeur plus ou moins considérable.

1° On voit assez rarement le bec-de-lièvre simplement bilatéral, c'est-à-dire un bec-de-lièvre double avec une conformation parfaitement régulière de l'arcade alvéolaire. Cependant j'en ai recueilli huit ou dix cas qui m'ont offert les principales variétés dont cette forme de bec-de-lièvre est susceptible : car elle n'a pas une manière d'être uniforme. Tantôt, en effet, on dirait une fente unique de la lèvre, dont les bords, plus ou moins parfaitement parallèles, sont séparés par un grand intervalle, et que surmonte un simple tubercule, une sorte de mamelon continu à la

sous-cloison des narines. D'autres fois la double fente représente comme un M : elle est simple en bas, et bifurquée en haut ; et l'espèce de lambeau intermédiaire aux deux parties principales de la lèvre finit un peu au-dessus du bord libre de celle-ci Fort étroit dans certains cas, ce lambeau a dans d'autres une largeur assez considérable. D'autres fois, enfin, c'est une portion bien distincte de la lèvre, avec toute sa hauteur naturelle, qui sépare les deux fentes. Comme dans le cas précédent, ce lambeau médian est plus ou moins large : il a la forme d'un triangle, dont la base est en haut, et dont le sommet tronqué présente un petit bord vermeil comme celui de chacune des deux parties latérales de la lèvre : c'est le bec-de-lièvre double par excellence. Dans toutes ces variétés secondaires du bec-de-lièvre bilatéral, la double fente se continue ou se prolonge jusqu'aux ouvertures des narines, ce qui fait que les ailes du nez sont écartées, et que le nez lui-même est plus ou moins épaté. Du moins c'est ce qui a lieu presque constamment. Une fois pourtant j'ai vu les deux fentes ne comprenant la lèvre que dans ses deux tiers inférieurs environ ; et comme elles étaient séparées par un intervalle assez grand, j'ai pu faire deux opérations distinctes, à deux époques différentes. Le résultat a été un des plus beaux que j'aie obtenus dans des cas de bec-de-lièvre double. Une autre fois, et c'est le seul fait de ce genre qui se soit présenté à moi, la division était complète d'un côté, et se prolongeait jusqu'à l'entrée de la narine correspondante, c'était à droite, tandis que de l'autre côté elle finissait bien au-dessous de l'ouverture nasale.

Puisque le bec-de-lièvre double est encore si différent de lui-même, puisqu'il peut offrir de telles variétés, on ne peut guère établir pour l'opération qu'il comporte des règles applicables à tous les cas. Et, par exemple, la question qui a été tant agitée, et sur laquelle les chirurgiens se sont partagés, celle de savoir si cette opération doit être faite en deux temps, ou en un temps seulement, c'est-à-dire, à deux époques distinctes, ou dans le même moment pour les deux divisions de la lèvre, ne peut concerner que certains cas : ceux dans lesquels les deux fentes comprennent, l'une et l'autre, toute la hauteur de la lèvre, et sont séparées par un lambeau un peu large et bien nourri. La question devait se présenter naturellement à l'esprit des chirurgiens, puisque dans les cas de ce genre, il y a nécessité presque absolue de conserver le lambeau moyen.

a. Si c'est un simple petit mamelon qui surmonte ou sépare les deux fentes, alors presque confondues en une seule, le seul parti raisonnable à prendre, c'est d'enlever ce tubercule médian, et d'agir ensuite comme pour un bec-de-lièvre simple. Alors c'est sur la ligne médiane que seront rapprochées les deux parties latérales de la lèvre, tandis que dans le vrai bec-de-lièvre unilatéral, c'est sur le côté, à droite ou à gauche, au-dessous de l'une des ouvertures des narines, que le rapprochement a lieu. Tout au plus, pourrait-on certaines fois, au lieu de sacrifier entièrement le tubercule médian, le faire servir à former une sous-cloison des narines plus régulière, ou plus complète que celle qui existe. Toujours, au reste, il faut

s'attendre à éprouver quelque embarras pour opérer la coaptation des deux parties latérales de la lèvre, séparées qu'elles sont l'une de l'autre par un assez grand intervalle. C'est un de ces cas dans lesquels on tire un grand parti de la séparation des ailes du nez d'avec la mâchoire supérieure.

b. Au lieu d'un simple tubercule, ou petit mamelon, ce peut être, ai-je dit, un lambeau assez large, presque toujours triangulaire, ou à peu près tel, mais qui n'a pas toute la hauteur de la lèvre. Strictement, on pourrait encore, ou l'enlever, pour réduire la double division labiale en une fente unique à bords parallèles, plus ou moins distants l'un de l'autre; ou bien, agir sur ces bords comme si le tubercule n'existait pas, et le réserver pour le faire servir plus tard à refaire la sous-cloison du nez. On agirait de l'une ou de l'autre manière, selon l'état primitif de cette sous-cloison elle-même. Quelquefois, en effet, le nez ne présente d'autre déformation que l'élargissement de sa base; la sous-cloison existe tout entière au-dessous du lambeau médian de la lèvre. Dans d'autres cas, au contraire, le lambeau est comme appendu au lobe du nez; il est là où devrait être le bord libre de la cloison. Il faut alors l'utiliser pour reconstituer ce bord libre: car, d'une part, son excision laisserait une échancrure difforme à la place de la sous-cloison; d'une autre part, on ne pourrait entreprendre de le faire servir à reconstituer la lèvre sans que le lobe du nez éprouvât une traction en bas et en arrière, ce qui constituerait une difformité considérable. Mais quelques cas se présentent dans lesquels c'est chose convenable d'utiliser le lambeau

de cette dernière manière, c'est-à-dire, de le rattacher aux parties latérales de la lèvre, en même temps qu'on réunit celles-ci l'une à l'autre. On peut procéder ainsi quand il a une certaine largeur, et quand il n'est pas, par sa base, trop immédiatement continu au lobe du nez : mais comme il n'a pas toute la hauteur de la lèvre, on le fait servir seulement à en reconstituer la partie supérieure. L'opération doit être faite en un seul temps ; et l'on doit disposer les aiguilles d'en haut de manière que le lambeau soit transpercé d'un côté à l'autre. C'est ainsi, du moins, que j'ai toujours fait dans la circonstance dont il s'agit, et j'ai réussi assez constamment pour ne pas craindre de recommander cette pratique, qui, d'ailleurs, est déjà établie dans nos ouvrages didactiques.

c. Qu'il s'agisse enfin d'un bec-de-lièvre double avec un lambeau médian ayant toute la hauteur de la lèvre : ce lambeau peut encore être étroit, ou présenter une certaine largeur. Dans le premier cas, on doit l'enlever comme s'il était très court, à moins qu'on ne trouve mieux de l'employer à réparer ce qui manque à la sous-cloison du nez. Dans le second, il y a nécessité presque absolue de le conserver, et de le réunir aux parties latérales de la lèvre. C'est reconstituer la lèvre avec toutes les parties qui devaient la composer primitivement. Autrement, en effet, c'est-à-dire, en enlevant ce lambeau, on aurait à faire disparaître par le rapprochement des parties latérales de la lèvre un intervalle trop considérable, à combler un trop grand vide. Et pourtant, tout n'est point avantageux dans cette conservation du lambeau moyen, dans cette réunion des trois parties de la lèvre. Déjà, il y a l'embarras

du choix pour la manière de procéder à l'opération. Faut-il la faire en un seul temps? Vaut-il mieux la faire à deux reprises, ou en deux temps? Double question sur laquelle on a raisonné plutôt qu'on ne s'est attaché à la résoudre par des faits positifs. Puis, de quelque manière qu'on s'y soit pris, bien rarement le résultat est-il aussi beau qu'on pourrait le désirer. Deux cicatrices, qui sont presque toujours fortement inclinées l'une vers l'autre, près du bord libre de la lèvre, et jointes à angle plus ou moins aigu, rappellent trop la difformité ancienne, et en constituent, pour ainsi dire, une nouvelle. Souvent aussi ces deux cicatrices aboutissent à une échancrure du bord libre de la lèvre, parce que le lambeau moyen n'avait pas exactement la hauteur des deux parties auxquelles on l'a réuni. D'ailleurs la partie de la lèvre qu'il forme est presque toujours mince, molle, et comme flétrie, à cause du peu d'épaisseur qu'il présentait avant l'opération. Presque toujours enfin, en faisant concourir le lambeau moyen à la reconstitution de la lèvre, on laisse subsister en partie le grand écartement des ailes du nez, si ordinaire dans le bec-de-lièvre double.

Je rapporte, il est vrai, ce qu'on a vu, ce que j'ai vu à la suite d'opérations faites d'après le procédé qui a été mis en usage jusqu'à présent. Avec la ressource de conserver les lambeaux d'avivement pour les parties latérales de la lèvre, ne semble-t-il pas qu'on pourrait obtenir une restauration plus parfaite? Aujourd'hui donc, s'il se présentait à moi un bec-de-lièvre simplement bilatéral, pour lequel il serait à la fois possible et convenable de faire servir le lambeau moyen à la reconfection de la lèvre, je

procéderais ainsi. Ce lambeau fût-il terminé par un bord tant soit peu étendu, je l'aviverais sur les côtés, de manière à en diminuer la hauteur, et à le faire finir en pointe : je ferais ensuite l'avivement des parties latérales de la lèvre en conservant les lambeaux, et j'opérerais la jonction du tout, soit en traversant le lambeau moyen, d'un de ses bords à l'autre, avec les aiguilles d'en haut, pour n'avoir qu'une seule suture, soit en pratiquant un ou deux points distincts de suture sur chacun des côtés. De l'une et de l'autre manière, la suture, prise dans son ensemble, serait bifurquée ou en Y, comme la plaie elle-même. Tout cela suppose ou indique une opération faite en un temps. Du reste, c'est en un temps aussi que j'ai pratiqué presque toutes les opérations de bec-de-lièvre double que j'ai eu à faire; c'est la manière que j'ai préférée. Deux fois seulement il m'est arrivé de faire les deux synthèses de la lèvre à deux époques différentes, et quelque peu éloignées l'une de l'autre : le résultat m'a paru moins bon que dans les cas où j'ai agi autrement.

2° La division de la lèvre existe d'un côté seulement, à droite ou à gauche; mais elle est avec fissure de la voûte palatine : et cette fissure, qui est unique pareillement, se trouve en dehors des os incisifs, du même côté que la division labiale. Peu importe, au moins relativement à ce dont il s'agit maintenant, qu'elle soit bornée à l'arcade alvéolaire, ou bien qu'elle comprenne la voûte palatine dans toute son étendue, avec ou sans division du voile du palais : c'est toujours la même manière de procéder à la restauration de la lèvre. Ce qui est bien plus à considérer, c'est la disposition respective des

deux parties de l'arcade alvéolaire, et la grandeur de l'intervalle qui les sépare; c'est aussi l'arrangement des dents chez les sujets qui en ont déjà. Heureux quand celles qui touchent aux limites de la fissure ne sont pas déviées, et ne proéminent pas en avant : heureux aussi quand les deux parties de l'arcade alvéolaire sont placées sur la même courbe, que l'une ne dépasse pas notablement l'autre, et quand l'intervalle qui le sépare est peu considérable. Avec de telles circonstances, le cas diffère à peine d'un bec-de-lièvre tout à fait simple : dans l'opération, on a seulement à vaincre quelque difficulté pour le rapprochement des deux parties de la lèvre. Qu'au lieu de cela il y ait des dents déviées et faisant saillie en avant, une telle disposition pourrait faire qu'une fois la réunion opérée, la lèvre, d'un côté surtout, fût soulevée, distendue, et qu'elle s'ulcérât en dedans; ou que de sa distension résultât la déchirure des parties embrassées par les points de suture. Pour éviter cela, il pourrait y avoir à faire l'évulsion d'une ou de deux dents avant de procéder à l'opération principale, surtout s'il y avait proéminence de la partie de l'arcade alvéolaire sur laquelle ces dents sont implantées.

Un simple défaut de rapport entre les deux parties de l'arcade alvéolaire, alors que les dents ne sont point encore sorties de leurs alvéoles, a presque les mêmes conséquences, expose à peu près aux mêmes inconvénients. Il n'y a cependant point à modifier l'opération; mais il faut s'attendre à ce que le soulèvement de la lèvre par l'une des parties de l'arcade alvéolaire pourra causer l'ulcération ou la déchirure des points de suture d'en

haut (1). C'est le cas toutefois, en opérant, de donner le plus de laxité possible aux deux parties de la lèvre, et pour cela de les détacher de la mâchoire dans une grande étendue. C'est le cas pareillement de renoncer à l'application d'un bandage unissant après la suture faite, afin d'éviter toute compression sur la lèvre ; ou bien il faut appliquer ce bandage avec tout le soin convenable pour que les tours de bande ne pressent pas sur la partie suturée de la lèvre. Il faudrait qu'il y eût un moyen de repousser en arrière la partie proéminente de l'arcade alvéolaire, ou plutôt toute la partie de la mâchoire supérieure à laquelle elle appartient; car cette disposition vicieuse étend ses effets au delà du moment où cesse la division de la lèvre. Une fois la lèvre reconstituée, il y a bien rapprochement des deux parties de l'arcade alvéolaire et de la voûte palatine ; mais ce rapprochement est informe, irrégulier, et tel qu'après l'éruption des dents, celles-ci se montrent souvent mal implantées dans leurs alvéoles, et toujours mal rangées. C'est ce qu'on voit, au reste, sur un grand nombre des individus qui ont subi l'opération du bec-de-lièvre, soit dans la circonstance que je viens de supposer, soit, et à plus forte raison, pour des becs-de-lièvre encore plus compliqués.

Que seulement la diduction des deux parties de l'ar-

(1) Cette proéminence de l'arcade alvéolaire se présente même quelquefois dans le bec-de-lièvre unilatéral sans disjonction des os incisifs; et comme il existe plus souvent à gauche qu'à droite, c'est à la partie droite de l'arcade alvéolaire que la proéminence appartient. On dirait que l'os maxillaire gauche est comme reculé ou repoussé en arrière. Je crois plutôt qu'il présente un développement moindre que celui du côté opposé.

cade alvéolaire et de la voûte palatine soit aussi forte qu'elle puisse l'être, cela ne réclame, il est vrai, aucune modification notable dans le procédé opératoire, bien qu'il y ait à surmonter la difficulté que fait naître l'écartement plus grand des parties qu'il s'agit de mettre en contact. Mais après la coaptation établie, la lèvre est libre en arrière; elle n'est pas soutenue; cela peut faire qu'elle soit touchée par la langue, que des mouvements lui soient communiqués; cela peut faire aussi que la salive ou les autres fluides qui lubrifient l'intérieur de la bouche pénètrent plus facilement que dans toute autre circonstance entre les bords de la division et que ces bords se disjoignent du côté de la surface buccale. De tout cela il peut résulter que le travail de la réunion soit enrayé, retardé, ou même complétement empêché. Il me semble, sans que j'ose cependant en donner l'assurance positive, que j'ai vu l'opération ne point réussir, ou ne réussir qu'à demi, dans la circonstance que je viens de supposer, plus souvent que dans d'autres. Je me suis avisé quelquefois, pour éloigner le danger, de donner à la lèvre un point d'appui artificiel et de compléter momentanément l'arcade alvéolaire ou l'arcade dentaire, au moyen d'une petite lame de plomb. Ne pourrait-on pas user de la même ressource dans les cas où l'on a à craindre les effets de la saillie anguleuse formée par l'une des parties de l'arcade alvéolaire?

Ma lettre est écrite depuis assez longtemps déjà, mon cher Lawrence : presque au moment où je la relis, et veux la corriger avant de vous l'adresser, pour la livrer bientôt à l'impression (nous sommes en décembre 1853), je viens d'observer à l'Hôtel-Dieu deux cas fort différents l'un de

l'autre, et qui viennent à l'appui de mes dernières considérations. Je vais vous les communiquer en peu de mots ; ils compléteront la série de ceux qui ont servi d'introduction à mon travail.

Le premier est celui d'un jeune garçon encore plus âgé que celui qui a fait le sujet de mon observation Vᵉ. Ce jeune homme a vingt et un ans, et ne craint pas d'avouer que ses parents ne l'ayant pas fait délivrer de sa difformité quand il était jeune, il a trouvé bon de la conserver pour se faire exempter du service militaire. Et ce n'est pas seulement quant à l'âge du sujet que ce cas mérite d'être noté, il est encore remarquable à d'autres égards.

XIᵉ Observation. — Le bec-de-lièvre était double, ou bilatéral. Chacune des deux fentes ou des deux divisions se prolongeait jusque dans la narine correspondante, et mesurait ainsi toute la hauteur de la lèvre. Le lambeau moyen était long et large ; il avait de plus une grande épaisseur : il était posé verticalement sur l'arcade alvéolo-dentaire, laquelle était courbée tant soit peu irrégulièrement, comme s'il y avait eu pendant la vie intra-utérine, disjonction d'abord, puis rapprochement et soudure de ses diverses parties. Avec ce bec-de-lièvre double, sans division de l'arcade alvéolaire, ou sans disjonction des os maxillaires en avant, il y avait bifidité de la voûte palatine en arrière seulement, et division du voile du palais.

La double difformité réclamait deux opérations différentes, et distinctes. Je voulais suivre ici la règle applicable aux cas de ce genre quand, chose peu commune, ils se présentent sur des sujets qui, ayant déjà atteint l'âge de raison, peuvent être soumis à la staphyloraphie. Je voulais faire celle-ci en premier lieu pour profiter de l'ampleur extraordinaire de la bouche.

Mais ce jeune homme, simple ouvrier, et qui ne tient pas à jouir d'une grande facilité de langage, avait borné ses vœux à être délivré de sa difformité extérieure. Il a résisté à toutes mes exhortations : c'est de son bec-de-lièvre double seulement que j'ai eu à l'opérer. C'était bien le cas, ou jamais, de conserver le le lambeau moyen, si avantageusement constitué, et de le faire servir à la reconstitution de la lèvre. Nous sommes au mois de décembre 1853, vous disais-je : c'est le 2 de ce mois que j'ai pratiqué l'opération : je l'ai faite en un seul temps. J'ai avivé le lambeau sur chacun de ses bords ; j'en ai sacrifié le sommet complétement, et l'ai taillé un peu en pointe, afin de pouvoir réunir immédiatement l'une à l'autre les deux parties latérales du bord libre de la lèvre, et pour avoir, après la guérison, une cicatrice en Y. Le bord de chacune de ces parties latérales, du côté de la double fissure, a été mis ensuite à l'état de cruentation par l'excision complète d'un petit lambeau triangulaire ; et j'ai fait la suture entortillée avec trois épingles très longues engagées bien parallèlement les unes aux autres. Les deux supérieures traversaient seules la partie moyenne de la lèvre que j'avais conservée ; l'inférieure ne traversait que les parties latérales. J'ai laissé celle-ci en place quatre jours entiers ; les premières ont été retirées à la fin du troisième jour après l'opération. La nature a accompli son œuvre admirablement. Le nez, dont les ailes ne sont plus séparées que par un intervalle convenable, et la lèvre, ont repris une bonne conformation. Dès le dixième jour, j'avais cessé jusqu'à l'application de bandelettes agglutinatives, et l'on ne voyait plus d'autre trace de l'ancienne difformité que la cicatrice en Y qui, dans les cas analogues à celui dont il s'était agi, me paraît préférable aux deux cicatrices linéaires parallèles que l'on obtiendrait en conservant au lambeau moyen toute sa hauteur.

XIIe Observation. — L'autre cas s'est présenté dans mon service à peu de jours de là. Sous tous les rapports le sujet

était dans des conditions, sinon toutes particulières et exceptionnelles, au moins bien différentes de celles que présentait le jeune homme du cas précédent. C'était une petite fille âgée de quatre mois seulement, que sa mère avait été contrainte d'élever au biberon. Elle était vivace, et forte pour son âge. La division labiale existait d'un côté seulement, et à gauche, avec disjonction des deux parties de la mâchoire supérieure, en dehors des os incisifs, et bifidité du voile du palais. Toute la partie droite de l'arcade alvéolaire proéminait en avant, tandis que la partie gauche était déprimée, ou un peu amoindrie. Il n'y avait qu'une opération fort simple à faire sur la lèvre : je la pratiquai avec deux aiguilles seulement pour la suture, et sans appliquer aucun bandage unissant. Je voulais éviter jusqu'à la moindre pression extérieure sur les parties molles, déjà assez fortement soulevées et distendues par la portion droite de l'arcade alvéolaire. Le résultat fut des plus satisfaisants sous tous les rapports.

3° Vient enfin le bec-de-lièvre double avec division de la voûte palatine, et avance osseuse soutenant le lambeau moyen, laquelle avance est formée, tantôt par les deux os incisifs, pourvus ou non pourvus de dents, tantôt par l'un de ces os seulement. Il y a toujours en même temps écartement des os maxillaires au delà de l'espèce de promontoire que représentent ces os incisifs. Il est bien rare même que la voûte palatine ne soit pas fendue ou divisée dans toute sa longueur, et qu'il n'y ait pas aussi fissure ou division du voile du palais. Mais ces dernières circonstances ne sont la source d'aucune indication particulière en ce qui concerne l'opération à pratiquer sur la lèvre. Tout au plus pourrait-on songer à provoquer le rapprochement des os maxillaires, à faire disparaître par avance la

fissure de la voûte palatine ; ou pour mieux dire, il y aurait cela à entreprendre si nous possédions des appareils mécaniques convenables. Dans le temps de mes premières méditations sur la staphyloraphie, j'avais songé au parti qu'on pourrait tirer d'une double compression latérale exercée sur les os maxillaires, chez de jeunes sujets particulièrement, pour pousser ces os l'un vers l'autre : je voulais obtenir en peu de temps ce qui n'advient que lentement sous l'influence de l'action musculaire, après la reconstitution de la lèvre. J'avais compris qu'on pourrait exercer cette compression, soit à travers les joues, soit immédiatement sur les arcades alvéolaires. Je possède même les modèles de deux ou trois petits appareils qui avaient été imaginés d'après mes vues, mais dont je n'ai jamais été pleinement satisfait.

En partie à cause de cela, en partie aussi parce que je n'ai jamais été sans appréhension sur quelques suites fâcheuses que pourrait avoir une compression ou légère, mais prolongée, ou de courte durée, mais très forte, exercée médiatement ou immédiatement sur les os maxillaires chez de très jeunes sujets, je suis encore à y avoir recours. J'ai perdu de vue mon ancien projet ; maintenant même j'y attache peu d'importance. Je vais vous dire pourquoi. Alors que cette idée d'obtenir le rapprochement des os maxillaires à l'aide d'une compression par des moyens mécaniques souriait à mon esprit, je n'avais point encore réfléchi aux changements qui peuvent survenir sous la seule influence de l'action des muscles ; je ne savais pas encore qu'une fois la lèvre reconstituée, les deux parties de la voûte palatine ont une tendance à se rapprocher par

l'action lente et insensible des muscles, et se rapprochent en effet, au moins dans la partie antérieure. Je n'avais pas encore observé le même phénomène pour la partie postérieure après une staphyloraphie qui a réussi, bien qu'une fissure de la voûte palatine en arrière compliquât la division du voile du palais. Du moment que j'ai eu observé ces résultats, et ils sont constants, et les efforts réparateurs de la nature sont d'autant plus manifestes que les sujets sont plus jeunes, je n'ai plus songé à l'application d'appareils mécaniques. Il est bien certain, en effet, que ces appareils, parvînt-on à leur donner la plus grande perfection, et en supposant qu'on pût les employer sans inconvénients, ne produiraient que ce qui peut s'accomplir par le seul jeu des muscles. Cette dernière cause n'agit à la vérité qu'après le rétablissement de la lèvre et du voile du palais dans leur état naturel. Au contraire, à l'aide de moyens mécaniques, il y aurait possibilité d'obtenir, dès les premiers temps de la vie peut-être, tout au moins chez de très jeunes sujets, la disparition de la fissure du palais solide avant d'avoir reconstitué la lèvre ou le voile du palais.

Ce serait donc un moyen de rendre plus facile l'opération à faire sur la lèvre, puisque, par le rapprochement des os maxillaires, on diminuerait plus ou moins l'intervalle qui sépare les parties molles. Cependant je n'ai jamais recherché cet avantage ; je n'ai jamais rien fait pour l'obtenir ; je suis toujours parvenu à surmonter les difficultés qui, dans un bec-de-lièvre très compliqué, pouvaient provenir de l'écartement considérable, et des os, et des parties molles. Ce n'est pas à dire que je désapprouverais

que, dans quelques cas au moins, on tentât de rendre l'opération et plus facile et plus sûre dans ses résultats immédiats, en usant de la ressource que j'indiquais; et je sens que je pourrais me trouver moi-même dans la nécessité absolue de l'expérimenter.

Eh bien, qu'on ait ou non soumis les deux parties de la mâchoire à une compression plus ou moins longtemps prolongée dans le but de diminuer, s'il se peut, l'intervalle qui les sépare, il y a à déterminer la meilleure manière d'entreprendre la restauration de la lèvre elle-même. Un grand embarras résulte de la présence du tubercule ou de l'espèce d'apophyse pédiculée que forment, tantôt l'un des os incisifs seulement, tantôt ces deux os joints ensemble, mais séparés des deux autres parties de l'arcade alvéolaire. Il faut que cette avance osseuse disparaisse; car avec elle on ne peut, ni joindre l'une à l'autre les deux parties latérales de la lèvre, ni les réunir au lambeau moyen, en supposant qu'il soit convenable de faire concourir ce lambeau à la restauration de la lèvre. Mais faut-il nécessairement l'enlever? Est-il possible, au contraire, de lui faire prendre la place qu'elle devait occuper? Et céla étant, est-il bon de tenter cette sorte de restauration de l'arcade alvéolaire?

Sans aucun doute, ce serait une chose avantageuse à tous égards, qu'en même temps qu'on cherche à réparer la difformité de la lèvre, on pût faire que rien ne manquât à l'arcade alvéolaire supérieure : il serait heureux que les deux rangées dentaires eussent des dimensions égales, et se croisassent l'une l'autre, comme la nature a voulu que cela fût, tant pour une heureuse conformation du visage,

que pour l'acte de la mastication. Un tel résultat est le triomphe de l'art. C'est rester en deçà, que d'abattre l'avance formée par les os incisifs. Quand on a recours à cette ablation, on la fait en coupant avec de forts ciseaux ou avec des tenailles incisives le pédicule, ou cartilagineux, ou osseux, qui supporte le tubercule; et ce pédicule n'est autre que la cloison même des narines, un peu prolongée en avant. Bien entendu qu'on a détaché préalablement le simple mamelon, ou le lambeau des parties molles, derrière lequel il est placé. Eh bien, les deux parties conservées de l'os maxillaire supérieur venant à se rapprocher, l'arcade alvéolaire et l'arcade dentaire sont diminuées de la largeur de deux ou de quatre dents incisives. Ces dents manquent donc pour toujours; les deux mâchoires ne se correspondent plus régulièrement dans la partie antérieure : il n'y a pas jusqu'aux dents postérieures qui ne se rencontrent et ne se superposent dans les mouvements de la bouche, autrement que cela n'a lieu dans l'état naturel : la courbe de la mâchoire supérieure, devenue plus petite, est dépassée en avant par la mâchoire inférieure; c'est celle-ci qui reçoit la première, laquelle paraît comme reculée en arrière. La lèvre supérieure elle-même participe plus ou moins à cette disposition vicieuse, fort comparable à celle qui, par un vice primordial de conformation de la face, constitue chez quelques individus le menton de galoche.

Tels sont les résultats inévitables de l'ablation des os incisifs dans un bec-de-lièvre bilatéral, compliqué de la disjonction de ces os d'avec les autres parties de l'arcade alvéolaire. Ces résultats semblent accuser une sorte d'impuissance de l'art. Desault, le premier, ou l'un des pre-

miers, a pensé qu'on pouvait faire mieux. Il a pensé qu'au moyen de la compression, on pourrait repousser le tubercule sur le plan des deux autres parties de l'arcade alvéolaire, ou de l'arcade dentaire; le faire rentrer dans la courbe que ces arcades doivent former; rendre ainsi, à la mâchoire supérieure son élément naturel, et le faire servir à une réparation complète de la difformité. En suivant les errements que Desault a tracés, ce ne serait qu'après avoir agi sur les parties solides qu'on devrait s'occuper de reconstituer la lèvre. D'après lui aussi on ne peut essayer de repousser en arrière les os incisifs et de les remettre sur le plan qu'ils auraient dû occuper, qu'autant que le tubercule qu'ils forment présente une certaine mobilité, qu'autant que son pédicule est flexible. Ne semble-t-il pas que c'est ce qu'on peut voir seulement chez les jeunes sujets?

Cependant l'enfant dont le cas est rapporté par Bichat dans les œuvres chirurgicales de Desault, comme un exemple de réussite, avait déjà cinq ans. Mais à quelque âge que ce puisse être, comment la compression produira-t-elle l'effet désiré? Puisque, généralement, le tubercule osseux tient à la cloison des narines elle-même, qui est comme déplacée et portée en avant, il faudra que cette cloison ou recule, ou s'infléchisse, ou se brise. Tout cela peut arriver sans doute; et je veux bien croire, d'après le dire de Bichat, que Desault a réussi un certain nombre de fois. Pourquoi donc n'a-t-il pas eu d'imitateurs? Je ne sache pas, en effet, que le procédé dont il s'agit ait été mis en usage bien fréquemment par d'autres chirurgiens. J'ai connu, j'ai vu faire des hommes

formés à l'école de Desault, et qui étaient imbus des principes de ce célèbre chirurgien : je ne me rappelle pas avoir été témoin d'une opération dans laquelle on ait suivi la voie nouvelle qu'il avait ouverte. Moi-même j'ai commencé à pratiquer dans un temps où sur beaucoup de points la doctrine chirurgicale de Desault était bien plus en faveur qu'elle ne l'a été plus tard, et surtout qu'elle ne l'est maintenant : eh bien, j'ai toujours douté qu'on pût arriver à un résultat avantageux dans les becs-de-lièvre compliqués de la saillie des os incisifs, en tentant de restituer ces os à l'arcade alvéolaire au moyen de la seule compression.

J'aurais peut-être dû chercher à éclairer mes doutes par des expériences propres : je ne l'ai pas fait. Cela a tenu à ce que j'ai été frappé de bonne heure de quelques graves inconvénients attachés à cette conservation des os incisifs. Bien souvent l'espace qu'ils devraient occuper s'est resserré ; il est trop petit pour les recevoir : et pût-on parvenir à les rapprocher des deux parties latérales de l'arcade alvéolaire, ils formeraient toujours une saillie difforme au milieu de cette arcade. Et combien cette difformité serait plus grande encore si, comme il arrive quelquefois, cette saillie supportait des dents déviées, et plus ou moins fortement inclinées en avant ! Dans tous les cas aussi il faudrait s'attendre à plus de difficultés pour le rapprochement et la coaptation des parties à réunir, à plus d'incertitude dans le résultat de l'opération, à cause du soulèvement et de la distension de la lèvre ; ou bien il faudrait pouvoir conserver le lambeau médian, et le faire servir à reconstituer la lèvre. Mais alors on

aurait cette conformation disgracieuse de la lèvre dont j'ai parlé plus haut; mais alors aussi, par cela même que la lèvre aurait transversalement les dimensions les plus grandes possibles, et que l'arcade alvéolaire conserverait pareillement une grande étendue transversale, le nez resterait élargi à sa base, et plus ou moins aplati d'avant en arrière, épaté, comme on dit.

Tous ces inconvénients, toutes ces traces trop apparentes, tant de la difformité première que de l'opération par laquelle on a voulu la faire disparaître, seraient peut-être moindres si pour faire reprendre aux os incisifs leur place naturelle, on retranchait préalablement une partie de la cloison, si l'on faisait un vide derrière le tubercule formé par ces os. C'est ce qui avait été proposé par Blandin. Je n'ai point à me prononcer sur la valeur de cette innovation qui n'a point encore été soumise à un assez grand nombre d'essais. Peut-être l'expérimenterai-je dans un cas qui me paraîtra favorable; mais, peut-être aussi, resterai-je fidèle à l'habitude que j'ai, et que j'ai toujours eue, de sacrifier le tubercule osseux dont l'avance ou la saillie complique tant de becs-de-lièvre, après en avoir eu détaché le mamelon ou le lambeau moyen de la lèvre.

J'ai dit plus haut quels sont les résultats inévitables de cette soustraction d'une partie de l'arcade alvéolaire. Oui, la lèvre n'aura pas la forme cintrée qui lui est naturelle; elle sera droite : oui, après le rapprochement spontané des deux parties latérales de l'arcade alvéolaire, cette arcade sera resserrée, amoindrie; les dents d'en haut et celles d'en bas se croiseront; les deux ar-

cades qu'elles forment après leur éruption s'emboîteront contrairement à la manière ordinaire, sans toutefois que cela puisse nuire beaucoup à la mastication. Mais ces défectuosités ne sont que ce que l'on remarque chez quelques individus qui sont nés avec une simple anomalie, et une anomalie légère dans la conformation d'une partie du visage : mais le nez, de large, d'épaté, qu'il était à sa base, est devenu proéminent; il a pris une disposition, une forme presque gracieuse; tout au plus peut-il paraître, pour quelque temps après l'opération, un peu aplati et resserré d'un côté à l'autre. Et quant au reculement des dents de la mâchoire supérieure, et à l'avance que forment celles de la mâchoire inférieure, pourquoi, quand cela est trop choquant, ne chercherait-on pas à user des mêmes moyens qui ont été si souvent employés avec avantage contre le menton de galoche? Je n'ai qu'un fait à citer; mais il a quelque valeur. Une jeune personne que j'avais opérée pour un bec-de-lièvre très compliqué, dont elle ne conservait presque d'autre trace que ce croisement vicieux des deux arcades dentaires, désirait vivement une amélioration dans son état. Alors vivait un dentiste habile, M. Catalan, celui à qui l'on doit l'ingénieuse idée du plan incliné posé sur les dents de la mâchoire inférieure pour obtenir l'inclinaison de ces dents en arrière, en même temps que celles d'en haut s'inclinent en avant. Je lui fis construire un tel plan incliné pour la jeune personne dont je parle : elle en fit usage, pendant un temps assez long, il est vrai; mais ce que je puis assurer, c'est que, soit par la seule déviation en sens contraires des deux rangées dentaires, soit aussi par le reculement de la mâchoire

inférieure, le défaut de rapport de cette mâchoire avec celle d'en haut disparut presque complétement.

Ainsi donc, suivant moi, le meilleur parti à prendre dans tout bec-de-lièvre avec avance ou saillie formée par les deux os incisifs, ou par l'un de ces os seulement, c'est d'enlever cette sorte de tubercule, qu'il soit ou qu'il ne soit pas encore pourvu des dents qui doivent correspondre à ces os incisifs. Du moins, je n'ai jamais hésité à le faire. C'a été ma pratique constante, bien que personne peut-être n'ait été animé, et que personne ne le soit encore plus que moi, du désir de porter à la plus grande perfection possible l'art de réparer les difformités. Si je n'ai jamais entrepris de faire prendre aux os incisifs leur place naturelle, c'est parce qu'il m'a semblé que toute tentative de ce genre était plus préjudiciable qu'utile; c'est qu'elle peut compromettre le succès de l'opération principale, c'est-à-dire de l'opération à faire sur la lèvre même; et que dût-on pleinement réussir dans la double reconfection de l'arcade alvéolaire, et de la lèvre, les traces de la difformité ne seraient pas moindres qu'elles ne sont après l'ablation des os incisifs. Elles seraient seulement un peu différentes.

Cette ablation du tubercule formé par les os incisifs une fois faite, rien ne s'oppose à ce que l'opération sur la lèvre soit exécutée immédiatement, comme si l'on n'avait pas eu à accomplir cet acte préliminaire. Il y a même tout avantage à faire succéder sans interruption les deux choses l'une à l'autre. C'est donc comme s'il s'agissait d'un bec-de-lièvre simplement bilatéral, avec cette différence, toutefois, que les deux parties latérales de la lèvre étant séparées

par tout l'espace compris entre les deux parties correspondantes de l'arcade alvéolaire, on éprouvera quelque difficulté pour les mettre en contact, si l'on doit les joindre immédiatement l'une à l'autre. Comme pour le bec-de-lièvre double ordinaire, on a à se demander s'il faut faire disparaître complétement le lambeau médian quand il est très petit, et qu'il se présente sous la forme d'une sorte de mamelon, ou si l'on ne peut pas le réserver pour en former plus tard une sous-cloison du nez. Que si cette partie moyenne de la lèvre a toute la largeur possible, il peut y avoir nécessité, comme pour le bec-de-lièvre simplement bilatéral, de la faire servir à reconstituer la lèvre. Si elle est au-dessous de cette dimension extrême, tout en étant plus qu'un simple mamelon, c'est chose convenable de l'affecter seulement à la restauration du bord libre de la cloison des narines. Alors on réunit immédiatement l'une à l'autre les deux autres parties de la lèvre. Pour ce rapprochement, la séparation des ailes du nez d'avec la mâchoire supérieure est ici d'autant plus indispensable, qu'on a un plus grand intervalle à faire disparaître. C'est alors aussi qu'il peut être très convenable de conserver, et d'adapter l'un à l'autre les deux lambeaux d'avivement, puisque la synthèse de la lèvre doit correspondre à la ligne médiane: d'ailleurs, en augmentant ainsi l'étendue des surfaces entre lesquelles doit s'opérer un travail d'adhésion, on augmente les conditions et les chances de l'adhésion elle-même, partant aussi les probabilités de succès de l'opération.

LETTRE SEPTIÈME.

DIVISIONS CONGÉNIALES ET ACCIDENTELLES DU VOILE DU PALAIS ET DE LA VOUTE PALATINE : RESTAURATION DE CES PARTIES. STAPHYLORAPHIE ET PALATOPLASTIE.

I.

Vous le savez, mon cher ami, il y a trente ans passés que, cédant à une inspiration presque soudaine, je conçus l'idée de restaurer le voile du palais, et de ramener cette partie de l'intérieur de la bouche à son état normal, dans les cas si fréquents où elle est le siége d'une division congéniale. Je n'avais pas le plus léger soupçon qu'un semblable projet se fût offert à la pensée de quelque autre chirurgien. C'était faire pour le voile du palais ce que, depuis les premiers temps de la chirurgie, on pratique à la lèvre supérieure pour faire disparaître la difformité, plus commune encore que la division congéniale du voile du palais, qui est connue sous le nom bizarre de bec-de-lièvre. Et cette restauration du voile du palais, je l'entreprenais, non pas, à vrai dire, pour corriger la difformité elle-même, qui n'avait rien de choquant, puisqu'elle n'était pas visible, mais dans le but, bien autrement utile, de faire cesser les incommodités nombreuses qu'une telle difformité occasionne, et de ramener à leur perfection naturelle tant de fonctions

dérangées, ou perverties, par la mauvaise conformation de l'isthme du gosier.

Vous le savez pareillement, c'est sur un jeune médecin originaire du Canada, et qui avait nom Stephenson, que j'ai pratiqué pour la première fois l'opération qu'il m'avait fourni l'occasion d'imaginer. Il a joui le premier des bienfaits de cette conquête de la chirurgie. J'ai raconté dans mon mémoire sur la staphyloraphie qui a paru en 1825, le seul et unique travail que j'aie encore publié sur ce sujet, par quel heureux hasard M. Stephenson fut conduit à m'apprendre qu'il était né avec une division médiane du voile du palais. Il avait fait presque toutes ses études médicales à Édimbourg ; et pendant un séjour de six mois à Paris, il avait suivi mes cours assidûment, sans m'avoir jamais adressé la parole. Je n'eus connaissance de sa difformité que lorsque, sur le point de retourner à Édimbourg pour y prendre le titre de docteur avant de rentrer dans sa patrie, il dut avoir une conversation avec moi. Cette division médiane du voile du palais se prolongeait en haut jusqu'à l'épine nasale : elle comprenait donc le voile du palais dans toute sa hauteur. La voûte palatine n'y participait aucunement; cette voûte était bien conformée. La lèvre supérieure ne présentait non plus aucune trace d'un ancien bec-de-lièvre, pour lequel une opération aurait pu être pratiquée dans l'enfance du sujet. Ç'avait été de tout temps, comme c'était encore, un cas simple de diastématostaphylie. Chose singulière, je n'avais encore jamais observé cette difformité à l'état simple : je n'avais jamais vu une fissure congéniale du voile du palais seulement, tandis que plusieurs centaines de cas de ce genre ont maintenant

passé sous mes yeux. Je ne la connaissais que d'après les quelques exemples rapportés comme faits rares dans les annales de la science, sous le titre de luette bifide. Jusqu'au moment où je fus mis à même d'observer le jeune M. Stephenson, je n'avais vu d'autre division du voile du palais que celle qui coïncide si souvent avec la séparation des deux moitiés de la voûte palatine, et avec une division simple ou double de la lèvre supérieure, dans cette horrible difformité connue sous le nom de gueule-de-loup.

J'ai raconté comment, ayant vu les deux parties du voile du palais se rapprocher l'une de l'autre par un mouvement involontaire de déglutition dans un moment où j'examinais attentivement l'isthme du gosier chez M. Stephenson, il me vint aussitôt à la pensée qu'on pourrait peut-être les mettre tout à fait en contact après avoir avivé les bords de la division, et que peut-être aussi on pourrait les y maintenir pendant le temps nécessaire à l'accomplissement d'un travail adhésif. J'ai dit qu'affligé de n'avoir jamais joui du libre usage de la parole, et charmé par l'espérance d'un résultat qui pouvait changer complétement sa destinée, M. Stephenson accueillit mon projet avec une joie extrême. A peine me laissa-t-il le temps de le mûrir, et de rechercher par quel procédé je pourrais le mettre à exécution avec le plus de chances de succès. L'opération fut faite le surlendemain du jour où la pensée s'en était offerte à mon esprit. Elle le fut presque mystérieusement, je veux dire en présence d'un très petit nombre de personnes, de celles seulement dont l'assistance m'était nécessaire, tant l'entreprise me semblait hasardée, tant j'avais la crainte qu'elle ne

réussît pas. Au lieu de cela, tout se passa, vous le savez, d'une manière remarquablement heureuse. J'avais sans doute été bien inspiré pour tous les détails dont s'est composé le procédé opératoire, et pour les soins consécutifs à l'opération, et pour le temps que furent laissés en place les trois fils avec lesquels j'avais pratiqué trois points de suture simple; car les difficultés de l'opération elle-même furent telles seulement que je les avais prévues; car M. Stephenson et moi nous eûmes à jouir d'un succès sur lequel nous avions bien peu compté. La continuité des deux parties du voile du palais fut si promptement et si parfaitement rétablie, et l'articulation des sons fut si bien modifiée, sans avoir été tout d'abord ce qu'elle est devenue plus tard, que M. Stephenson, onze jours seulement après avoir été opéré, pût lire à notre Académie des sciences une courte relation écrite du fait nouveau dont il était le sujet.

Vous savez enfin que M. Stephenson, m'ayant quitté pour aller prendre ses grades à Édimbourg, revint à Paris après plusieurs mois, et resta encore quelque temps sous mes yeux avant de retourner dans sa patrie. Déjà à cette époque, le timbre de sa voix avait pris un autre caractère; et un nouveau changement favorable était survenu dans sa manière de parler. Ainsi que j'ai pu l'observer par moi-même sur tant d'autres sujets, le temps a dû amener chez lui de nouveaux progrès dans l'éducation du voile du palais, et perfectionner l'exercice de la parole. Il faut bien qu'il en ait été ainsi, puisque M. Stephenson s'est livré à la carrière de l'enseignement, et me mandait, il y a peu d'années encore, qu'il occupait

la chaire d'anatomie au collége ou à la Faculté de médecine de Montréal.

Je l'ai dit aussi, ce premier succès a préparé tous les autres succès, en si grand nombre, que j'ai obtenus depuis, et toutes les applications que j'ai pu faire de l'opération primitive. Il a décidé du sort de la staphyloraphie. Si j'eusse échoué chez M. Stephenson, peut-être aurais-je pensé qu'il était impossible de jamais réussir; peut-être n'aurais-je osé, ni faire derechef l'opération sur le même individu, ni en renouveler l'expérimentation sur d'autres sujets. Sous tous les rapports donc, le nom de M. Stephenson est lié à l'invention de la staphyloraphie, et ne sera sans doute jamais oublié dans l'histoire de cette opération.

Au contraire de tant d'autres innovations dont on ne comprend pas tout d'abord les avantages, et qui ne sont consacrées par l'assentiment général qu'après avoir excité de longs débats, la staphyloraphie fut accueillie dès le principe avec la plus grande faveur : on la considéra généralement comme une heureuse conquête de la chirurgie pour ce qui concerne la reconstitution de nos organes originellement mal conformés, ou déformés par suite de quelque mutilation accidentelle. Mais le mérite d'une telle inspiration devait m'être contesté, et j'ai été, à propos de la staphyloraphie, en butte aux traits d'une critique malintentionnée. Il est de fait, et je n'ai pas hésité à le proclamer aussitôt que j'en ai eu connaissance, que la pensée de la restauration du voile du palais dans les cas d'une division congéniale de cette partie, avait germé en Allemagne. Ma première staphyloraphie, l'opération de M. Stephenson, qui fut exécutée presque aussitôt que j'eus entrevu la pos-

sibilité de l'entreprendre, est de 1819 : une première tentative du même genre avait été faite, sans succès toutefois, trois ans auparavant, en 1816, par M. Græfe, de Berlin, et annoncée en Allemagne par une note insérée dans le journal d'Hufeland. Mais, à cette époque, les communications scientifiques entre l'Allemagne et la France n'étaient pas, à beaucoup près, ce qu'elles sont devenues depuis. On n'était point avide et impatient, comme on l'est maintenant dans chacun des deux pays, de connaître, et de connaître promptement, tout ce dont la science a pu s'enrichir dans l'autre. En France, surtout, quelques personnes seulement, familières avec la langue allemande, connaissaient le journal d'Hufeland : à peine en paraissait-il de loin en loin quelques extraits dans nos recueils périodiques. Le public médical était donc instruit fort imparfaitement des choses d'outre-Rhin. Aucun de nos journaux ne fit mention du fait de la suture du voile du palais pratiquée par M. Græfe. Ce fait était pour moi comme non avenu quand je conçus la pensée d'une semblable opération pour le jeune médecin du Canada. J'avais toute raison de croire, et l'on crut généralement en France, que nul autre avant moi n'avait songé à la restauration du voile du palais.

Mais, quand le bruit de ma première tentative, bientôt suivie de plusieurs autres non moins heureuses, parvint en Allemagne, des réclamations furent faites, non pas par M. Græfe lui-même, mais par plusieurs de ses compatriotes, justement soucieux et empressés de réclamer pour lui l'honneur de la priorité, et de revendiquer la part de gloire qui lui appartenait. Ces réclamations n'avaient rien que de naturel : j'y ai eu égard autant que cela était en

moi, et je l'aurais fait avec plus d'abandon encore, si l'on n'avait pas quelque peu suspecté mon honneur et ma délicatesse ; si l'on n'avait pas insinué qu'avant le temps où je fis jouir M. Stephenson du bienfait de la staphyloraphie, j'avais pu apprendre de la bouche de quelque médecin allemand, si ce n'était pas par les journaux scientifiques, que M. Græfe avait fait un premier essai de cette opération deux ou trois ans auparavant. Les amis de M. Græfe ont donc cru un moment que, simple imitateur ou copiste, j'avais commis un plagiat chirurgical, et que je m'étais approprié ce qui ne m'appartenait pas.

Un seul homme en France, l'auteur d'une sorte de pamphlet qui a paru sous le titre d'*Histoire des progrès récents de la chirurgie*, un homme bien à même cependant de connaître parfaitement ce dont j'étais capable, comme ce dont j'étais incapable, s'était rendu méchamment l'écho d'une imputation aussi gratuite. Vous le savez, mon cher ami, la vérité ne fut pas longtemps obscurcie. On fut bientôt et partout convaincu que j'avais été l'objet d'une accusation injuste. Ce qui a été vu pour un très grand nombre de découvertes, et pour des inventions bien autrement importantes que ne peut l'être la suture du voile du palais, a eu lieu pour cette opération : elle a été imaginée deux fois, à deux époques différentes, par deux personnes différentes aussi, qu'une grande distance séparait, qui n'avaient entre elles aucun commerce, aucune relation, par M. Græfe d'abord, par moi ensuite ; et cela, à deux ou trois ans d'intervalle. Le moment était arrivé pour cette nouvelle conquête de la chirurgie ; elle devait éclore infailliblement. Si M. Græfe a eu sur moi l'avantage de l'antériorité, peut-être

qu'en créant de nouveau l'opération, j'ai été plus heureux que lui dans le choix du procédé opératoire. C'est ce qui a été reconnu généralement. La simplicité des moyens que j'avais mis en usage dans ma première staphyloraphie, moyens auxquels je n'ai presque rien changé depuis, n'a pas peu contribué, j'en suis sûr, au succès de cette première opération, et à tant d'autres résultats heureux que j'ai obtenus depuis.

De là, l'habitude prise, non pas seulement en France où l'on pourrait avoir été mû par un sentiment d'orgueil national, mais presque partout en pays étranger, de m'attribuer plus qu'à M. Græfe l'invention de la staphyloraphie; de là le nombre prodigieux de sutures du voile du palais que j'ai eu à pratiquer; de là aussi la faveur dont a joui promptement, auprès de presque tous les chirurgiens, le mode ou le procédé d'exécution que j'avais institué dès l'abord, et auquel je suis resté fidèle jusqu'à ce jour. C'est, en effet, d'après le mode opératoire dont les détails se présentèrent à mon esprit presque en même temps que je conçus la possibilité de reconstituer le voile du palais, que la staphyloraphie a été faite dans un si grand nombre de cas, non seulement par moi, mais par d'autres chirurgiens qui n'ont pas craint d'entreprendre cette opération; opération minutieuse sans doute, délicate, et qui demande à être faite avec une grande précision, mais réellement moins difficile qu'elle ne paraît l'être à la première vue. De là aussi l'adoption si générale, et l'espèce de consécration dans tous les ouvrages de la dénomination que je lui ai imposée; dénomination assurément bien préférable au terme de *velosynthésis* que M. Stephenson avait placé

en tête de la dissertation qu'il soutint à Édimbourg, et dont le sujet était l'opération que je venais de créer pour lui.

Rien de tout cela, sans doute, ne serait arrivé si j'avais voulu tromper les dispensateurs de l'espèce de renommée à laquelle chacun de nous peut prétendre ; si, oubliant les plus saints devoirs, et mentant sans pudeur à ma conscience, j'avais commis le méfait que quelques hommes, mais quelques hommes seulement, n'ont pas craint de me reprocher. Au lieu qu'on attachât mon nom à l'invention de la staphyloraphie, j'aurais mérité qu'on ne tînt aucun compte, ni des efforts que j'ai pu faire pour en répandre l'usage, ni du seul mérite que j'aurais eu, celui d'en simplifier autant que possible le mode d'exécution. Du reste, M. Græfe était resté étranger aux malignes insinuations dont j'avais été l'objet ; ou s'il fut un moment surpris que nous eussions eu la même inspiration, il ne suspecta pas longtemps ma droiture, et la sincérité de mon caractère. Je me rappellerai toujours avec plaisir l'accueil des plus honorables que j'ai reçu de lui, à Berlin, dans un premier voyage que je fis en Allemagne, il y a quinze ou seize ans; et comment, à sa table, en présence de beaucoup de confrères et d'autres personnages, il fit généreusement la part de chacun de nous dans notre commune conquête; comment il déclara la conviction dans laquelle il était que je n'avais eu aucune connaissance de ce qu'il avait tenté infructueusement trois ans auparavant, quand j'entrepris et que je menai à une fin si heureuse l'opération de M. Stephenson ; déclarant aussi que j'avais imaginé tout d'abord un procédé d'une plus facile application que le sien, et que j'avais concouru plus que lui à

donner un grand essor à la staphyloraphie, par la simplicité même du procédé opératoire que j'avais créé, et par les succès que j'avais obtenus dès les premiers temps. Déjà, en effet, à cette époque, je veux dire quand j'eus l'avantage de voir et de connaître personnellement M. Græfe, à Berlin, j'en étais arrivé à ma soixante-quinzième suture du voile du palais ; et M. Græfe n'avait encore fait cette opération que quinze ou vingt fois. Il ne comptait encore qu'un très petit nombre de succès ; encore était-ce seulement depuis qu'il avait modifié sa manière de faire, en se rapprochant un peu de la mienne. Au contraire, dès le principe, comme plus tard, j'avais réussi très fréquemment ; j'avais obtenu des succès dans une proportion des plus favorables, qui s'est maintenue à peu près la même jusqu'au jour où je trace ces lignes, et qui paraît être celle sur laquelle il est permis de compter, en statuant d'après le nombre déjà si grand de staphyloraphies que j'ai eu à pratiquer.

Au moment où j'entreprends de vous communiquer les résultats de mon expérience sur le sujet en question, je viens de faire ma cent quarantième. Quelle fraction ces cent quarante staphyloraphies que j'ai pratiquées forment-elles dans le nombre total des opérations de ce genre qui ont été faites, tant en France que dans d'autres pays, pendant les trente années, et plus, qui viennent de s'écouler? Je l'ignore : mais il est bien probable que je suis plus riche en faits de ce genre qu'aucun autre chirurgien. Peut-être faudrait-il réunir tous ceux qui me sont étrangers, pour balancer les résultats de ma seule expérience. Je dois avoir vu tous ou presque tous les cas sup-

posables, quant aux difformités qui comportent la staphyloraphie : je dois en avoir observé, à peu de chose près, toutes les nuances, toutes les variétés. Il serait extraordinaire que je n'eusse pas rencontré toutes les difficultés que l'opération peut présenter, et que je n'eusse pas été mis à même d'en mettre en pratique toutes les variantes, d'en faire tous les modes possibles d'application. Vous croyez bien que toutes les éventualités dont elle est susceptible, tous les accidents dont elle peut être suivie et ses résultats divers ont sans doute passé sous mes yeux. Cela étant, je dois pouvoir l'envisager avec plus d'assurance que qui que ce soit sous tous les rapports ; et peut-être m'est-il permis de me constituer juge de toutes les questions qui s'y rattachent.

Vous n'attendez pas, mon cher Lawrence, que je reproduise ici ni les faits, ni même les considérations qui font la substance de mon premier travail sur la staphyloraphie. Je dois éviter une redite qui n'aurait rien que de fastidieux ; et, d'ailleurs, certains détails qui pouvaient offrir de l'intérêt dans un Mémoire sur un sujet nouveau, sur une opération qui venait à peine de naître, seraient superflus, maintenant que la staphyloraphie est consacrée par l'assentiment général, maintenant que tout ce qui y a rapport a été reproduit tant de fois, soit dans des ouvrages didactiques, soit dans des monographies particulières dont mon Mémoire a été l'occasion. Je dois me borner à parachever mon œuvre première, ou plutôt à y ajouter ce que je n'ai pu connaître qu'avec le temps et en rassemblant beaucoup de faits. La tâche sera encore assez longue, comme vous allez voir.

II.

Dès le principe, j'avais prévu que les divisions congéniales du voile du palais ne formeraient pas seules le domaine de la staphyloraphie, que d'autres cas pourraient en comporter l'application. J'avais supposé qu'elle pourrait être une ressource utile dans certaines plaies récentes de cette cloison musculo-membraneuse : et je n'avais pas seulement en vue des lésions tout à fait accidentelles ; car, malgré sa situation si profonde, le voile du palais n'est pas tout à fait inacessible à l'injure des corps extérieurs : j'entrevoyais que dans quelques unes des opérations qu'on pratique au delà de l'isthme du gosier, particulièrement dans l'ablation de certains polypes des arrière-narines ou de tumeurs du pharynx, on pourrait vaincre quelques unes des difficultés inhérentes à ces opérations, en divisant le voile du palais dans toute sa hauteur, avec la perspective de pouvoir le rétablir dans son état naturel. J'avais dit aussi qu'on aurait sans doute à observer des solutions de continuité ou des divisions anciennes du voile du palais, à bords actuellement cicatrisés, provenant d'ulcérations de cette partie, ayant jusqu'à un certain point les apparences des divisions congéniales, et se prêtant par leur forme ou leur manière d'être à ce qu'on puisse entreprendre de les faire disparaître. Mes prévisions se sont promptement réalisées ; et je n'avais pas encore dépassé beaucoup le nombre des staphyloraphies dont la relation est l'objet principal de mon premier Mémoire, que des occasions se présentèrent à moi où j'ai pu tenter la réunion du voile du palais dans des

cas autres que les divisions congéniales. Après quelques années seulement, tous ces cas avaient passé sous mes yeux; et depuis quelques années, je n'ai eu qu'à répéter les mêmes choses que j'avais déjà faites, qu'à revoir les mêmes choses que j'avais déjà vues. Un seul cas assez singulier, peut-être unique en son genre, et dont je n'avais pas prévu la possibilité, s'est offert il n'y a pas bien longtemps à mon observation. Il est curieux, uniquement toutefois sous le rapport de l'origine de la difformité : il n'y a point eu d'opération pratiquée; elle était bien indiquée cependant, et aurait pu être faite dans les circonstances les plus favorables, et avec de grandes chances de succès.

Observation. — Le sujet de ce cas était une jeune personne de dix-sept ou dix-huit ans, venue à Paris d'une des villes de la Normandie, du Havre, s'il m'en souvient bien, et qu'on m'avait adressée pour que je la délivrasse de son infirmité. Elle avait un extérieur des plus gracieux; mais le timbre de sa voix et sa manière d'articuler les sons présentaient à un haut degré le genre d'altération qui accompagne toute diastématostaphylie congéniale, comme toute autre solution de continuité du voile du palais, comme toute perforation de la voûte palatine. Cela choquait à côté de tous les autres agréments physiques dont la nature avait doté cette jeune personne. Elle avait, en effet, le voile du palais divisé : il l'était complétement, je veux dire dans toute sa hauteur, à partir de l'épine nasale postérieure. Les bords de la fente étaient droits, très réguliers, souples comme dans une division congéniale. Mais, bien qu'on pût dire qu'elle occupait la ligne médiane, cette fente était néanmoins un peu inclinée de haut en bas, et de gauche à droite; de telle sorte que le voile du palais n'était pas divisé tout à fait symétriquement; la moitié gauche avait un peu plus de largeur que la droite, en bas particulièrement; disposition qui se présente, au reste, dans certaines divisions

congéniales. Ce n'est pas chose très rare que l'une des deux parties du voile du palais, tantôt la droite, tantôt la gauche, soit plus mince, moins forte, et un peu plus étroite que l'autre. Bien qu'elle datât de l'enfance du sujet, et bien aussi qu'elle présentât tous les caractères d'un vice originel de conformation, cette difformité n'était cependant pas congéniale. Elle avait été produite accidentellement; elle était le résultat d'une plaie. Les parents de la jeune personne me racontèrent, et la jeune personne elle-même avait un souvenir confus de l'événement, qu'à l'âge de quatre ans et demi, dans un moment où elle se trouvait soustraite à toute surveillance, elle fut poursuivie et atteinte par un jeune taureau. Une des cornes de l'animal, ayant pénétré dans la bouche, avait déchiré le voile du palais, et, chose étrange, sans toucher à aucune autre partie intérieure. L'enfant n'avait reçu aucune blessure extérieure. On avait reconnu la plaie du voile du palais; mais on avait cru devoir l'abandonner à elle-même. Ainsi commise aux seuls soins de la nature, cette plaie avait guéri par la cicatrisation isolée de chacun de ses bords.

Tout était remarquable, comme on voit, dans ce cas, unique peut-être en son genre: la nature de l'accident qui avait occasionné la division du voile du palais; cette circonstance que, par un bonheur singulier, cette blessure avait été la seule que l'enfant eût éprouvée; puis, l'étendue et la forme de la solution de continuité, telles qu'après plusieurs années cette division du voile du palais avait exactement les apparences et présentait, sous tous les rapports, la manière d'être d'une division congéniale. C'était, toutefois, un cas bien favorable pour la staphyloraphie. Il y avait tout lieu d'espérer un résultat heureux de cette opération. Mais, bien que la jeune personne fût venue à Paris exprès pour se la faire faire, et pour être opérée par moi, il faut croire que le courage lui a manqué au moment décisif; c'est, du moins, ce que j'ai présumé. Je ne l'ai vue qu'une fois, et je n'ai point appris que quelque autre chirurgien l'eût opérée.

Dans ce cas si particulier, où l'on voyait une division ancienne à bords cicatrisés présenter au plus haut degré la manière d'être d'une division congéniale, il y avait donc eu primitivement une plaie accidentelle, une plaie à bords sanglants qu'on eût peut-être pu tenter de réunir. Je ne sais pas si l'indocilité naturelle à un enfant de quatre ans et demi n'aurait pas été supérieure à l'adresse d'un chirurgien très expérimenté; mais, en pareille occurrence, je n'hésiterais pas à entreprendre immédiatement la réparation du désordre : je ferais pour une plaie, ou à l'occasion d'une plaie, ce que je n'oserais ni prescrire, ni entreprendre dans un cas de division congéniale; et je craindrais d'autant moins d'affronter les difficultés, que l'opération consisterait dans la seule application des points de suture. En effet, il n'y aurait point à aviver les bords de la solution de continuité; tout au plus pourrait-on, certaines fois, trouver convenable de les égaliser, de les rendre plus réguliers. Dans les staphyloraphies ordinaires, l'avivement des bords de la division forme, au contraire, une partie très minutieuse, très délicate de l'opération, et présente même parfois plus de difficultés réelles que la suture proprement dite. Qu'il y ait possibilité de porter et de faire agir des instruments sur le voile du palais chez un enfant, le cas suivant en est la preuve. C'est en même temps un autre fait de plaie accidentelle du voile du palais, et d'une plaie à la réunion de laquelle j'ai pu procéder presque incontinent après qu'elle avait été faite. C'est aussi le seul cas de ce genre qui me soit particulier.

Observation. — Un enfant de cinq ans, qui tenait à sa main une petite raquette, en plaça le manche dans sa bouche,

et, dans le même moment, fit une chute en avant. Comme il n'eut ni le temps, ni l'instinct, peut-être, de se dessaisir du corps dont sa main était ornée, l'extrémité de ce corps glissa sur la voûte palatine, et atteignit le voile du palais, qui fut non pas déchiré dans toute sa hauteur, mais perforé d'avant en arrière. L'accident était arrivé dans une ville distante de Paris de quinze ou vingt lieues, à Château-Thierry; et, d'après le conseil qui en fut donné par les premiers médecins dont on réclama les secours, l'enfant me fut amené par son père. Je le vis le lendemain matin du jour où il avait été blessé dans l'après-midi : la plaie était encore saignante, et dans des conditions favorables pour être réunie. C'était une plaie à lambeau. Le lambeau, de forme triangulaire, et qui comprenait en hauteur les deux tiers supérieurs environ du voile du palais, avait sa base en bas, et se trouvait pendant au-devant de la luette. Les bords en étaient assez réguliers. Il n'y avait point à hésiter sur le parti à prendre : il fallait à tout prix relever ce lambeau, et tenter de rétablir la continuité du voile du palais. Les difficultés pouvaient être très grandes, vu l'âge si tendre du sujet pour lequel cette opération était d'une rigoureuse nécessité. Heureusement l'enfant fut très docile, et ce que j'eus à lui faire fut exécuté plus promptement, et plus simplement que je ne l'avais d'abord espéré.

Ce ne fut point une staphyloraphie ordinaire que je pratiquai. Non seulement je n'eus point à faire d'avivement, mais encore j'employai une suture différente de celle que j'avais déjà mise en usage un grand nombre de fois. Il devait suffire, et il a suffi, en effet, d'agir sur le sommet du lambeau pour ramener le lambeau lui-même dans l'ouverture que présentait le voile du palais. Les narines offraient une voie commode pour le passage de fils employés comme moyen de traction. Pour cela, avec une très petite aiguille, conduite au moyen d'un porte-aiguille, je perçai deux fois le lambeau à quelque distance du sommet, sur une même ligne horizontale, et le traversai avec deux fils, tous deux formant une anse en avant, c'est-à-dire du

côté de la surface buccale. Je plaçai dans les deux anses un très petit cylindre formé d'un morceau de sparadrap roulé sur lui-même, comme pour une suture enchevillée. Les bouts opposés des fils furent ensuite passés tous ensemble dans l'une des narines, d'arrière en avant, à l'aide d'une sonde de Bellocq introduite par l'ouverture antérieure, et dont préalablement j'avais fait saillir le ressort dans la bouche à travers la plaie du voile du palais. Il ne me resta plus qu'à mettre ces fils dans un degré de tension suffisant pour relever le lambeau jusque dans l'ouverture qui était résultée de sa séparation, et à les y maintenir en les nouant au-devant du nez sur une petite masse de charpie, par laquelle ils étaient séparés l'un de l'autre. C'était terminer par quelque chose d'analogue à ce qu'on fait lorsqu'on procède au tamponnement des narines pour arrêter une épistaxis. L'enfant fut assujetti, autant que son âge pouvait le permettre, à quelques unes des précautions qu'il convient de prendre pour les individus qui subissent la suture du voile du palais dans les circonstances ordinaires. Il prit peu d'aliments, et peu de boissons ; on obtint qu'il ne parlât pas. Après quatre jours, je coupai les fils entre le voile du palais et le cylindre de sparadrap, que j'avais saisi avec une pince ; je les retirai par l'ouverture antérieure de la narine. La réunion du lambeau s'était faite de la manière la plus exacte, et le voile du palais était reconstitué dans son état naturel.

D'autres plaies proprement dites et des plaies récentes du voile du palais que j'ai eu à réunir, étaient l'œuvre de la chirurgie elle-même. Je les avais faites pour rendre praticable, ou moins difficile, l'ablation de tumeurs fortement implantées près de l'ouverture postérieure des narines, ou à la paroi supérieure du pharynx. Peut-être d'autres chirurgiens ont-ils usé de la même ressource pour s'affranchir des mêmes difficultés, sentant qu'ils avaient à leur disposition un moyen à peu près sûr de

réparer le désordre causé par cette opération préparatoire. Toutefois, les occasions d'agir ainsi doivent être rares : je ne voudrais pas que par cette raison, qu'on peut recoudre le voile du palais après l'avoir divisé, on se laissât aller à user avec trop de facilité de cet expédient. Il faut qu'on le sache bien, nos opérations sont des actes sérieux, dans lesquels on ne doit rien faire qui ne soit utile, rien qui ne soit commandé par la plus impérieuse nécessité. D'ailleurs, dans le cas dont il s'agit, sans doute on peut espérer de ne pas éprouver de trop grandes difficultés pour rattacher l'une à l'autre les deux parties du voile du palais par des fils; mais il se pourrait qu'on n'en obtînt pas la réunion : il y a dans la staphyloraphie appliquée à une plaie récente, les mêmes chances de non-succès que dans l'opération appliquée aux cas pour lesquels on y a recours le plus ordinairement.

Trois fois, et trois fois seulement jusqu'à ce jour, j'ai cru être dans l'obligation absolue de préluder à une opération entreprise pour enlever une tumeur qui occupait les arrière-narines, par une division complète du voile du palais, division que je fis sur la ligne médiane. Ces trois occasions se présentèrent à moi presque coup sur coup, et cela à une époque où je n'avais encore pratiqué la staphyloraphie qu'un assez petit nombre de fois. Et ne croyez pas, mon cher ami, que j'aie cédé au désir que je blâmais il n'y a qu'un moment; non, j'ai un souvenir bien fidèle de ce que j'avais alors sous les yeux, des circonstances sous l'empire desquelles j'ai agi : je me les représente parfaitement, et je me pénètre de cette pensée, que, les mêmes cas échéant, je me conduirais de

la même manière. Ce n'est donc pas pour avoir eu plus de prudence, ou plus de réserve, que je n'ai pas répété depuis vingt ou vingt-cinq ans cette section du voile du palai comme moyen auxiliaire, ou comme acte préparatoire à une autre opération; c'est que de nouvelles occasions m'ont manqué. C'est chose assez commune dans la pratique chirurgicale que tels cas, après avoir été vus plusieurs fois par un observateur dans un court espace de temps, ne se montrent plus à lui qu'après de longues années; de même que certains praticiens peuvent avoir vu plus ou moins fréquemment ce que d'autres n'auront observé que très rarement, ou même n'auront pas du tout observé, même après une carrière des plus fécondes.

Après les plaies accidentelles ou non accidentelles du voile du palais, il est d'autres lésions de cette partie, différentes encore des divisions congéniales, auxquelles on peut appliquer des procédés quelconques de restauration empruntés à la staphyloraphie proprement dite : ce sont les difformités acquises; ce sont ces solutions de continuité anciennes, à bords cicatrisés, formées consécutivement à des ulcérations, lesquelles affectent tantôt le voile du palais lui-même, tantôt la voûte palatine.

De telles difformités doivent être variées presque à l'infini, comme les ulcérations même qui les enfantent. A peine se présente-t-il deux cas semblables. A la voûte palatine, où ces ulcérations ne laissent des traces fâcheuses qu'autant qu'il y a eu altération et séparation d'une portion d'os, ce sont seulement des perforations plus ou moins étendues, et de telle forme ou de telle autre : et de ces perforations qui font communiquer la bouche avec les

narines, les unes ont un si grand diamètre qu'on ne peut songer à en pallier les effets qu'avec le secours et par l'usage d'un obturateur; d'autres, au contraire, sont assez petites pour qu'on puisse en tenter l'occlusion au moyen de petits lambeaux empruntés aux parties molles environnantes, c'est-à-dire à la membrane fibro-muqueuse qui tapisse la voûte palatine.

Je ne saurais dire, toutefois, dans quelles limites doivent être restreintes les ressources de l'autoplastie appliquées à la restauration de la voûte palatine. Au moment où je trace ces considérations, je suis sur le point d'entreprendre de fermer une ouverture de la voûte palatine, de forme ovalaire, qui n'a guère moins d'un demi-pouce dans son grand diamètre. Elle existe chez un jeune homme de vingt et un à vingt-deux ans; c'est la trace dernière d'une ancienne division congéniale de la lèvre supérieure, de toute la voûte palatine et du voile du palais. Ce jeune homme avait été délivré de son bec-de-lièvre par M. Sanson. Après trois ou quatre années je lui fis seulement la staphyloraphie, et cette opération réussit parfaitement, bien que les deux parties de la voûte palatine fussent disjointes à un degré assez considérable. Consécutivement à la première opération, il y avait eu rapprochement des deux moitiés de l'arcade alvéolaire; et l'ouverture qui subsistait encore à la voûte palatine après la staphyloraphie, avait perdu beaucoup de ses dimensions premières, je veux dire de celles qu'elle présentait à la suite de cette seconde opération. Il était arrivé chez ce jeune homme ce que l'on observe chez tous les sujets auxquels dans les mêmes circonstances on pratique successivement, et à deux époques plus ou moins

éloignées l'une de l'autre, l'opération du bec-de-lièvre, et la suture du voile du palais. Mais, très rapide dans les premiers temps, le rétrécissement de l'ouverture avait cessé de faire des progrès : il eût été plus considérable, et peut-être même l'ouverture de la voûte palatine se serait-elle fermée complétement, si le sujet avait pu être opéré plus tôt. Ce jeune homme hésite encore à se soumettre à une opération, qui n'a rien de dangereux, et par laquelle, si elle réussit, il serait affranchi de la nécessité de porter un obturateur. Cependant il est dans des circonstances qui me paraissent favorables; et j'ai le pressentiment d'un heureux résultat.

Au voile du palais, ce sont bien aussi le plus ordinairement des perforations, des trous, des ouvertures comprenant toute l'épaisseur de cette cloison, qui succèdent à des ulcérations; mais certaines fois aussi ce sont de simples fentes, des divisions comparables aux divisions congéniales seulement, en général, moins étendues en hauteur, moins régulièrement verticales, moins symétriquement placées sur la ligne médiane, assez souvent même très voisines des piliers du voile du palais, d'un côté ou de l'autre, et présentant presque toujours des bords minces. Les perforations se présentent sous toutes sortes de formes. Le plus ordinairement rondes, elles sont quelquefois presque triangulaires; ou bien elles se rapprochent de la forme ovalaire. Mieux vaut qu'elles présentent cette dernière forme, et qu'elles aient ainsi l'apparence d'une petite boutonnière, parce qu'on doit éprouver plus de facilité pour faire disparaître l'intervalle qui sépare les bords de l'ouverture, quelle qu'en soit la direction.

Ai-je besoin de vous dire que pour toutes ces ouvertures, ou perforations proprement dites du voile du palais, il ne peut pas y avoir une manière uniforme de procéder quand on veut en tenter l'occlusion, et que dans aucun cas il n'est possible d'agir exactement comme on le fait dans les divisions complètes du voile du palais, congéniales ou accidentelles? Chaque cas, en particulier, réclame telle ou telle autre modification dans le procédé opératoire; et, généralement, il faut s'attendre à des difficultés assez grandes, soit pour le placement des fils, soit pour l'avivement des bords de la solution de continuité. Ces difficultés ont leur source dans la nécessité où l'on est d'agir sur une ouverture presque toujours peu étendue, et bien souvent aussi très rapprochée du bord libre du voile du palais. Des cas même peuvent se présenter où, pour simplifier l'opération, il soit convenable de diviser ce bord libre, et de transformer pour un moment une ouverture, ou ronde, ou ovalaire, ou de toute autre forme, en une fente ou division verticale. On agit alors d'une manière plus sûre et avec plus de facilité sur les bords d'une telle fente, que sur ceux d'une simple ouverture. C'est ce que j'ai fait deux fois sur cinq cas où j'ai eu à entreprendre l'occlusion de perforations accidentelles et anciennes du voile du palais.

Qu'elles comportent ou non une staphyloraphie, les lésions de cette sorte sont généralement considérées comme provenant de la maladie vénérienne. Je suis à peu près convaincu, cependant, qu'elles peuvent avoir une autre origine Je ne sais pas si vous partagerez mon opinion à cet égard, et je ne serais pas étonné que beau-

coup de praticiens ne lui donnassent pas leur assentiment. Je la crois, cependant, bien fondée. Souvent, et dans des cas où j'avais pris toutes les précautions imaginables pour n'être pas trompé, j'ai été conduit à présumer que des ulcérations du voile du palais étaient d'origine strumeuse. Je les ai vues sur des sujets encore trop jeunes pour pouvoir être les victimes de la contagion vénérienne; sur des jeunes personnes qui avaient été élevées, qui avaient grandi entourées de tous les soins propres à les garantir d'un tel malheur, et qui d'ailleurs avaient eu, ou avaient encore en même temps d'autres accidents de nature scrofuleuse; sur des jeunes gens dont je ne pouvais pas suspecter la sincérité, et qui n'avaient aucun intérêt à ne pas s'expliquer franchement sur la cause de ces ulcérations, si elle leur eût été connue : et ces ulcérations, je les ai vues guérir sans que les malades aient été soumis à des traitements antisyphilitiques. Et pourquoi, en effet, des tubercules ne se développeraient-ils pas à la voûte ou au voile du palais, comme il s'en développe dans tant d'autres parties différentes du corps? Et pourquoi, une fois formés, ces tubercules n'amèneraient-ils pas des ulcérations? Et pourquoi ces ulcérations n'iraient-elles pas jusqu'à perforer le voile du palais, et à se changer, par la cicatrisation de leurs bords, en des ouvertures permanentes, comme cela a lieu pour les ulcérations vénériennes? Et la même succession de phénomènes, en s'accomplissant vers la partie la plus déclive du voile du palais, ne pourrait-elle pas y faire naître, non plus une simple perforation, mais une division sous la forme d'une fente plus ou moins étendue en hauteur?

Il est bien rare qu'une telle division permanente du voile du palais consécutive à des ulcérations, qu'elle soit ou non d'origine vénérienne, présente une forme assez régulière pour qu'on puisse tenter la réparation du désordre. Presque toujours il y a eu perte de substance, et le voile du palais manque en grande partie : quelquefois encore, les portions qui restent ont été attirées en arrière; elles tiennent aux parois du pharynx par des brides, par des cicatrices plus ou moins épaisses. Ne sait-on pas même que la déformation de l'isthme du gosier peut être portée à ce point, que les narines ne communiquent plus que très imparfaitement, ou ne communiquent plus du tout avec le pharynx. Je ne sais pas ce que d'autres chirurgiens peuvent avoir eu à observer; mais jusqu'ici, et sur un nombre considérable de sujets qu'il m'a été donné de voir avec des déformations de toutes sortes du voile du palais consécutives à des ulcérations, j'en ai rencontré quatre seulement chez lesquels la division était assez peu étendue, et assez régulièrement disposée pour qu'on fût tenté de la faire disparaître comme s'il s'était agi d'une division congéniale.

Je les ai opérés tous les quatre. Singulière rencontre : deux de ces quatre sujets étaient deux hommes qui avaient excellé dans le chant. Ils avaient occupé, l'un après l'autre, l'un des premiers emplois sur notre seconde scène lyrique; et tous deux avaient été contraints de l'abandonner, en partie à cause d'une altération sensible dans le timbre de leur voix, parlée ou chantée, mais bien plus encore à cause de l'abaissement de leur échelle diatonique. Il leur était devenu impossible de faire entendre certaines notes élevées; ou du moins ces notes étaient sans éclat, et comme

brisées. Chez l'un et chez l'autre la division du voile du palais était le résultat d'une ulcération syphilitique, et cette division, dont les bords n'étaient séparés que par un très petit intervalle, avait à peine un demi-pouce de hauteur. Sous ces derniers rapports, l'état des choses pouvait paraître favorable : il l'était, en effet, et parce que deux points de suture devaient suffire, et parce qu'il n'y avait pas à lutter contre une forte rétraction des parties divisées. Mais, au lieu d'occuper à peu près le plan médian du voile du palais, et d'être ainsi limitée tant à droite qu'à gauche par des parties également souples et extensibles, la fente était placée sur les deux sujets tout à fait en dehors, à droite chez l'un, et à gauche chez l'autre. Elle confinait immédiatement avec les piliers du voile du palais ; et je m'exprimerai peut-être mieux en disant que dans un cas, comme dans l'autre, chez l'un des deux sujets comme chez l'autre, le bord externe de la division paraissait comme la continuation des piliers du voile du palais. Dans l'opération à faire, il s'agissait donc moins de rapprocher l'une de l'autre, et de réunir deux parties distinctes du voile du palais, que d'attirer et de rattacher toute la partie inférieure de cette cloison musculo-membraneuse à ses propres piliers. De là pouvaient naître quelques difficultés, tant pour le placement des fils que pour l'avivement et une coaptation régulière des lèvres de la division ; et ces difficultés, je les ai éprouvées jusqu'à un certain point. A cause de cela aussi, on pouvait craindre que l'opération ne réussît point, ou ne réussît que très imparfaitement.

Mais il n'y avait aucun inconvénient à la tenter, dans l'un comme dans l'autre cas. Bien que celui des deux

malades qui s'était présenté à moi le premier n'en eût retiré aucun avantage, je n'hésitai pas à la conseiller au second. Celui-ci ne fut même pas découragé par la connaissance qu'il eut du revers que j'avais éprouvé chez son ancien compagnon d'infortune. Il tenait tant à recouvrer la pureté de sa voix, et à ne pas interrompre, jeune encore qu'il était, une carrière dans laquelle ses débuts avaient été brillants, qu'il m'obligea à lui faire une seconde opération après une première, qui n'avait réussi qu'à demi. Primitivement, en effet, chez ce second malade il y eut réunion des parties divisées dans une assez grande étendue; la fente du voile du palais était réduite à la moitié de la hauteur qu'elle présentait avant l'opération. Mais, bien que remarquablement améliorée, et faible encore dans quelques notes seulement, la voix n'avait pas repris tout à fait son caractère naturel. Une seconde tentative, faite avec un point de suture seulement, dans le but de combler entièrement la petite échancrure que présentait encore le voile du palais près de ses piliers, ne réussit point. Cette échancrure persista, et avec cette échancrure l'imperfection de la voix, imperfection qui était bien plus marquée dans le chant que dans le simple exercice de la parole.

J'ai donc échoué, à peu près également, dans ces deux staphyloraphies appliquées chacune à une division presque aussi simple que possible du voile du palais, consécutive à une ulcération, et dans une double circonstance où le succès était tant à désirer. La voix n'était pas tellement altérée, tellement changée chez ces deux artistes, qu'ils ne conservassent encore une grande partie du talent dont ils avaient fait

jouir le public. Néanmoins, chacun d'eux a dû renoncer à reparaître sur les théâtres de la capitale; ils se sont résignés à être admis sur des scènes moins importantes. Peut-être y sont-ils encore.

A la voûte même du palais, ce sont toujours des perforations proprement dites, c'est-à-dire de simples ouvertures plus ou moins grandes, de formes variées, placées plus ou moins près du bord alvéolaire, et le plus ordinairement situées sur la ligne médiane, qu'on peut avoir à fermer. Jamais il ne peut s'agir ici d'une division ou fente ouverte d'un côté, ou par l'une de ses extrémités, comme cela peut être au voile du palais. Ces ouvertures de la voûte traversent des parties osseuses qui, presque toujours, ont elles-mêmes éprouvé une perte de substance plus ou moins étendue; et comme elles n'ont d'autres parties molles qui les entourent que la membrane fibro-muqueuse, laquelle adhère immédiatement et assez étroitement aux os, ce n'est qu'en faisant un emprunt à cette membrane qu'on peut entreprendre leur obturation. C'est une sorte de petit diaphragme qu'il faut créer pour faire cesser la communication de la bouche avec les narines; c'est une autoplastie à faire. De là vient qu'appliquée ainsi, et c'est la seule manière dont elle puisse l'être aux perforations de la voûte palatine, la staphyloraphie a reçu le nom de palatoplastie, ou d'uranoplastie.

Probablement dans les palatoplasties, en petit nombre, je le présume au moins, qui ont été faites jusqu'à présent, on s'y est pris de plusieurs manières différentes; on a dû avoir recours à des procédés différents. Comme cela est pour les diverses autoplasties, il ne peut pas y avoir un

procédé qui convienne à tous les cas indistinctement, vu la grande variété que peuvent présenter, sous le rapport du siége et de la forme, les ouvertures accidentelles de la voûte palatine. Je ne sais pas du tout ce qui a été tenté en ce genre de choses; et comme je me propose moins ici de faire connaître les œuvres des autres, que les miennes propres, il suffira, mon cher Lawrence, que je vous raconte la manière dont je m'y suis pris dans les quatre cas où j'ai eu à pratiquer une palatoplastie, et que je vous dise quel en a été le résultat.

J'ai échoué dans l'un de ces quatre cas: c'était celui dans lequel j'essayais pour la première fois cette sorte de restauration; j'ai réussi dans les trois autres. Peut-être avais-je manqué en quelque chose dans cette première opération : il me sembla, en effet, que je n'avais pas donné tout à fait assez d'étendue à chacun des deux petits lambeaux que j'avais formés sur les côtés de l'ouverture, lesquels, rapprochés l'un de l'autre et réunis, doivent servir à la fermer. Je m'étais aperçu au moment même qu'ils ne s'y adaptaient pas exactement, ou plutôt que tout en la fermant, ils n'en dépassaient point assez les bords ou la circonférence, surtout là où ils y correspondaient par leur sommet. J'avais dû leur faire subir un certain tiraillement; ils furent mis dans une tension trop forte par le petit lien qui les traversait en faisant une anse, et dont j'avais ramené les deux extrémités dans l'une des narines. Ces lambeaux furent frappés de mortification; ils tombèrent en partie, et l'ouverture de la voûte palatine revint à son état primitif; il fallut y adapter un obturateur. C'était sur un homme de trente-

six ans, M. D..., que j'ai perdu de vue entièrement, et qui probablement n'a pas discontinué l'usage de ce moyen prothétique. L'ouverture occupait exactement le milieu de la voûte palatine ; elle était ovalaire dans le sens de la ligne médiane, et son grand diamètre avait une longueur de deux lignes et demie environ.

Telles étaient aussi, à bien peu de chose près, la situation, la forme, la grandeur de l'ouverture de la voûte palatine chez la seconde personne que j'ai opérée, et chez laquelle l'opération a eu tout le succès désirable. Permettez-moi de décrire cette autre autoplastie avec les détails nécessaires pour rendre bien intelligible le procédé que j'ai suivi; procédé semblable au reste à celui dont j'avais usé pour la première, et que je crois applicable dans toutes les circonstances analogues. Cela me dispensera de raconter particulièrement les deux autres cas.

Observation. — Le patient avait trente ans environ. C'était, et c'est encore, je crois, le chef d'une des premières manufactures de votre ville de Sheffield, ville si renommée pour ses beaux produits en coutellerie. Quand il vint à Paris, en 1831, pour réclamer mes conseils, et être soumis par moi à une opération, si je la jugeais praticable. M. Spencer, c'est le nom de cet habile manufacturier, particulièrement connu de notre Charrière, éprouvait à un haut degré tous les désagréments qu'entraîne une perforation de la voûte palatine, tous les fâcheux effets d'une communication établie de cette manière entre la bouche et les narines. J'ai vu peu de personnes, en pareille position, aussi tourmentées qu'il l'était du désir d'être délivré de son incommodité autrement que par l'usage continuel d'un obturateur. Il aurait consenti, s'il l'eût fallu, à une opération plus importante que celle que j'eus à lui pro-

poser. C'était la même que j'avais déjà faite une première fois. Je ne lui cachai pas que j'avais échoué chez la personne qui avait été le sujet de cette première opération. Mais je n'eus pas de peine à lui faire concevoir pour lui l'espérance d'un résultat plus heureux. Il me pressa de l'opérer, plutôt qu'il ne céda à mes observations : de mon côté, je me promis de diriger certaines manœuvres de l'opération avec plus de soin et plus de précautions encore que je ne l'avais fait une première fois.

C'est une chose très remarquable que la membrane fibro-muqueuse qui revêt la voûte palatine, bien qu'elle soit assez étroitement unie aux os, peut en être aisément séparée avec le manche d'un scalpel; et qu'après en avoir circonscrit une portion, après avoir taillé un lambeau de telle forme ou de telle autre, on peut rendre ce lambeau libre par ses deux surfaces. On fait cela sur le vivant comme sur le cadavre. Je l'avais expérimenté plusieurs fois sur des cadavres avant d'entreprendre la première de mes deux palatoplasties, et je ne fis la seconde qu'après avoir bien constaté de nouveau le peu d'adhérence de la membrane palatine aux os qu'elle revêt, adhérence d'autant moindre encore que les sujets sont plus jeunes. Les lambeaux ainsi obtenus sont à la fois fermes et flexibles; ils se laissent incliner en tous sens, même dans le sens de leur latéralité; de telle sorte qu'un lambeau antéro-postérieur de forme triangulaire et adhérent par sa base peut se déplacer, à droite ou à gauche, dans une certaine étendue, en empiétant d'autant sur la muqueuse voisine. Deux lambeaux pareils, taillés à peu de distance l'un de l'autre, peuvent ainsi être inclinés, attirés l'un vers l'autre jusqu'à ce que leurs bords soient en contact, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'intervalle qui les séparait soit exactement rempli. Le procédé de palatoplastie qui j'ai mis en usage repose sur ces données. C'est en taillant deux lambeaux sur les côtés de l'ouverture, et en les rapprochant par leurs bords, que j'ai pu réunir et refermer la perforation. Quelle forme maintenant donnera-t-on à ces lambeaux? Sous un rapport, il y aurait quelque avantage à ne leur con-

server qu'un pédicule étroit. Alors, en effet, on les ferait mouvoir, et comme pivoter sur une partie plus souple, et très flexible par cela même qu'elle serait très étroite. Mais, peut-être ne recevraient-ils pas un assez grand nombre de petits vaisseaux; peut-être la circulation n'y serait-elle pas assez active, et, à cause de cela, ne seraient-ils pas dans des conditions favorables pour se réunir l'un à l'autre, et pour contracter adhérence avec les bords de l'ouverture dont il s'agit d'obtenir l'obturation. Je crois donc qu'il vaut mieux laisser adhérer les lambeaux par leur partie la plus large. C'est à cette forme que je m'arrêtai pour l'opération que j'eus à faire à M. Spencer, comme je m'y étais arrêté pour ma première palatoplastie. Seulement j'avais senti la nécessité de faire des lambeaux un peu plus grands, surtout un peu plus longs.

Mais, quelles que soient la forme ou la disposition des lambeaux sous le rapport que je viens d'indiquer, besoin est toujours de les tailler sur les côtés de l'ouverture qu'il s'agit de boucher, et de telle manière qu'ils aient leur partie libre et mobile en avant, et leur partie adhérente en arrière. C'est, en effet, par la partie postérieure de la voûte palatine, et du côté du voile du palais, qu'ils peuvent recevoir le plus de vaisseaux. En outre ils doivent être tenus à la fois rapprochés l'un de l'autre, et appliqués sur l'ouverture de la voûte palatine au moyen d'un fil qui, après les avoir embrassés, est ramené à travers cette ouverture dans la narine, et doit sortir par l'ouverture antérieure du nez; pour cela encore il y a tout avantage à ce qu'ils aient leur sommet tourné en avant.

Ces bases établies, vous devinez presque, mon cher ami, de quels détails et de quelles manœuvres successives l'opération se composa chez M. Spencer. A la différence près de la grandeur un peu plus considérable des lambeaux, ils furent les mêmes que ceux de l'autre opération que j'avais faite auparavant. Le patient était assis; il avait la tête fortement renversée en arrière, et appuyée sur la poitrine d'un aide. Je fis à la voûte palatine une première incision transversale à une ligne et demie

où deux lignes de l'ouverture dont cette voûte était le siége. L'instrument,— c'était un petit scalpel à lame étroite et à tranchant convexe, — fut porté avec assez de force pour pénétrer jusqu'aux os; et je donnai pour limites à l'incision, tant à *droite* qu'à gauche, le point où je voulais qu'elle se joignît au bord externe de chacun des deux lambeaux que j'allais pratiquer. Heureusement la voûte palatine, chez ce malade, était de celles qui sont larges et peu profondes; je pus manœuvrer sans trop de difficultés. Je fis ensuite sur chacun des côtés de l'ouverture, en agissant d'arrière en avant, deux incisions qui vinrent tomber sur la première incision transversale. De ces quatre incisions nouvelles, les deux externes étaient à peu près parallèles l'une à l'autre, et chacune distante de la ligne médiane de toute la largeur que je voulais donner à chacun des lambeaux; les deux internes, au contraire, partant du même point, situé sur la ligne médiane *en arrière* de la perforation, étaient un peu inclinées en dehors, et formaient ensemble un angle ouvert en avant, dans l'aire duquel était l'ouverture de la voûte palatine.

Ainsi furent taillés deux lambeaux représentant chacun un triangle à sommet tronqué, dont la base tournée en arrière avait une largeur de trois lignes environ : ils en avaient à peu près quatre de longueur. Je n'éprouvai aucun embarras pour les séparer de la voûte palatine; ce que je fis en les soulevant du sommet vers la base avec le manche d'un petit scalpel. Une dernière chose précéda le moment où je dus agir sur ces lambeaux pour les rapprocher l'un de l'autre, et les appliquer sur l'ouverture à laquelle ils devaient servir de diaphragme. J'enlevai tout le tissu membraneux qui était resté attaché aux bords de cette ouverture, ou plutôt tout le tissu que j'avais conservé entre les deux lambeaux. Il fallait bien, *en effet*, mettre à l'état de cruentation la surface à laquelle je voulais les faire adhérer, en même temps qu'ils s'uniraient l'un à l'autre par leurs bords correspondants. Il fallait un vide entre eux pour que leur rapprochement pût avoir lieu.

Telle fut la première partie de l'opération; c'était l'acte préparatoire à l'occlusion de l'ouverture. Les choses étant ainsi disposées, je traversai les deux lambeaux, chacun vers le milieu de sa largeur, à peu près, avec deux ligatures étroites, que je plaçai, l'une assez près de leur base, et l'autre, au contraire, à peu de distance du sommet, comme pour pratiquer deux points de suture simple. Pour cela, j'employai de très petites aiguilles courbes, que je fis agir avec mon porte-aiguille ordinaire. Mais celle des deux ligatures qui était la plus rapprochée de la base des lambeaux, ou la postérieure, avait son anse en haut, touchant aux surfaces sanglantes, et ses bouts en bas ou vers l'intérieur de la bouche; l'autre ligature, ou l'antérieure, était disposée en sens contraire; l'anse était en bas, et les extrémités en haut, du côté des narines. Mon but était de pouvoir nouer la première en dessous des lambeaux, et d'avoir au contraire en dessus, ou du côté de l'ouverture de la voûte palatine, le nœud de la seconde dont les bouts devaient traverser cette ouverture pour être amenés au dehors par l'ouverture antérieure de la narine. C'est de cette manière, en effet, que les deux bouts de chacune des deux ligatures furent assujettis l'un à l'autre, et ils le furent par deux nœuds simples, pratiqués l'un sur l'autre.

Rien ne mit obstacle au rapprochement des lambeaux, et la coaptation la plus exacte fut ainsi établie entre les deux bords par lesquels ils se correspondaient. Après les nœuds faits, les bouts de la ligature postérieure étaient inutiles, et je les retranchai. Je conservai, au contraire, ceux du lien antérieur : je devais m'en servir pour tirer légèrement sur les deux lambeaux, réunis, pour ainsi dire, en un seul, et tenir cette sorte de lambeau unique appliqué sur l'ouverture de la voûte palatine. Pour cela, il fallait les engager dans l'une des narines à travers cette ouverture, puis les faire sortir en avant; c'est ce que j'obtins en me servant d'une sonde de Bellocq, qu'au besoin j'aurais pu remplacer par une simple sonde de gomme élastique pourvue d'un mandrin. Cet instrument, introduit par l'ouverture antérieure de la narine, vint faire saillie dans la bouche à

travers le trou de la voûte palatine, et ramena aisément à l'extérieur les deux bouts du fil. Alors je n'eus plus qu'à fixer ensemble les deux chefs en dehors du nez, et à les mettre dans un degré de tension suffisant pour assurer l'application exacte des lambeaux sur l'ouverture du palais et leur immobilité. Je le fis en les tenant séparés l'un de l'autre par un petit tampon de charpie appliqué à l'entrée de la narine, et sur lequel ils furent noués par un nœud à rosettes. L'opération fut ainsi terminée de la manière la plus heureuse. Le résultat immédiat en fut aussi satisfaisant que j'avais pu le désirer, plus même que je n'avais osé l'espérer. Les deux lambeaux étaient exactement adaptés l'un à l'autre : ensemble ils fermaient hermétiquement l'ouverture de la voûte palatine, et me parurent reposer très immédiatement par leur surface sanglante sur les parties osseuses, qui avaient été à demi dénudées tout autour de cette ouverture.

Je ne crus pas devoir soumettre le patient aux privations que j'impose aux sujets qui ont subi la staphyloraphie proprement dite. Je lui permis donc d'avaler sa salive, de prendre des boissons, même des aliments mous, et de parler. Dès les premiers mots que M. Spencer proféra immédiatement après l'opération, il n'y avait plus la moindre altération dans le timbre de sa voix : celle-ci avait repris tout à fait son caractère naturel. Je laissai passer cinq jours sans toucher aux ligatures, que j'avais d'ailleurs eu soin de ne serrer que très modérément. C'est le temps que je laisse aussi en place, le plus ordinairement au moins, les fils après la suture du voile du palais. Je pensai qu'il était suffisant pour l'adhésion des lambeaux entre eux, et avec les parties auxquelles ils touchaient. Quand vint le moment d'ôter les fils, je coupai avec des ciseaux, du côté de la voûte palatine, chacun des deux petits anneaux qu'ils formaient : l'un des deux fut entraîné immédiatement avec la pince qui m'avait servi à le saisir ; l'autre, celui dont les bouts étaient contenus dans la narine et sortaient par l'orifice antérieur de cette cavité, fut retiré par cette voie. Les lambeaux étaient bien réunis l'un

à l'autre : il y avait adhésion entre eux, et l'ouverture de la voûte palatine était close exactement. Dans les jours qui suivirent, j'eus à hâter par l'application, deux ou trois fois répétée, du nitrate d'argent, l'occlusion des très petites ouvertures faites aux lambeaux eux-mêmes par les ligatures, et la cicatrisation des deux petites plaies provenant de la formation des lambeaux. Ces deux choses s'accomplirent avec la promptitude que la nature met ordinairement dans la guérison des plaies de l'intérieur de la bouche. Après très peu de temps, on ne voyait plus sur la voûte palatine que de très petites cicatrices, témoignage de ce qui avait été fait par l'art. Il n'existait sur cette partie aucune autre trace de l'ouverture dont elle avait été le siége. A peine ai-je besoin de vous dire que les effets physiologiques de l'ancienne communication entre la bouche et les narines avaient cessé complétement.

La guérison ne pouvait pas ne pas se maintenir : elle s'est maintenue, en effet. M. Spencer me l'a fait savoir à plusieurs reprises, en m'exprimant chaque fois tout le prix qu'il attachait au service que la chirurgie lui avait rendu. Pour m'assurer par moi-même du bon état de la voûte palatine, et constater la guérison, après quelques années passées depuis le temps où l'opération avait été faite, je n'aurais pas craint d'aller voir M. Spencer, à Sheffield même ; et pour cela je n'aurais eu qu'à me détourner bien peu dans un avant-dernier voyage que je fis à Londres, et de Londres à Liverpool, en passant par Manchester et Birmingham, il y a une douzaine d'années. Mais, quelques mois seulement avant mon départ, M. Spencer, que ses affaires avaient appelé à Paris, était venu me voir. Je ne l'avais pas reconnu d'abord; et dans les premiers moments de la conversation que nous eûmes ensemble, rien dans sa manière de parler ne m'avait fait soupçonner que le timbre de sa voix eût éprouvé précédemment une grande altération : sa voix était tout à fait naturelle; et la continuité du tissu membraneux de la voûte palatine était parfaitement rétablie.

Deux autres fois donc, dans deux cas presque parfaitement semblables l'un à l'autre, et qui différaient aussi très peu du précédent, j'ai entrepris l'occlusion d'une ouverture assez étendue de la voûte palatine. Chez les deux sujets, la perforation du palais avait succédé à une ulcération d'origine syphilitique : l'un était un homme de trente ans, originaire d'une de nos villes du Midi, et l'autre une femme fort jeune encore, que m'avait très particulièrement recommandée un de mes amis, M. Paradis, médecin fort distingué de ma ville natale. C'est à l'Hôtel-Dieu que j'ai opéré ces deux individus, le premier il y a douze ans, et l'autre il y a cinq ans seulement. Chez l'un et chez l'autre il y a eu succès complet.

Par un effet du hasard, presque au moment où je venais de voir M. Spencer, s'est présenté à moi un jeune homme chez lequel j'aurais pu avoir à tenter aussi l'occlusion d'une ouverture de la voûte palatine qui faisait communiquer chez lui la bouche avec les narines; mais ce nouveau cas d'uranoplastie m'a échappé. Le jeune homme, venu cependant exprès à Paris d'une de nos villes principales de l'Auvergne, s'est refusé à subir une opération, qui me paraissait offrir beaucoup de chances de succès. Sa position était remarquable sous plus d'un rapport, et mérite d'être connue.

Observation. — Il s'agissait chez lui, non pas d'une perforation accidentelle de la voûte palatine, non pas d'une ouverture établie consécutivement à quelque ulcération, mais d'une petite fente ou boutonnière occupant le milieu même du palais, dernière trace d'une ancienne division congénitale de toute la voûte palatine, de la lèvre supérieure, et du voile du palais. Ce jeune homme avait dix-huit ans : il n'en avait encore que sept

ou huit lorsque j'eus à l'opérer pour son bec-de-lièvre, qui était double, mais sans avance ou saillie des os intermaxillaires. Je ne puis dire au juste quelle était la largeur du lambeau ou tubercule médian qui séparait les deux fentes de la lèvre. Un habile chirurgien de Clermont, M. Fleury le père,—qui n'est plus maintenant, et que son fils a remplacé si dignement— à qui l'enfant avait été présenté avant qu'on le confiât à mes soins, s'était hâté d'abattre ce lambeau, sans doute trop grêle, trop étroit pour qu'on pût songer à l'utiliser en reconstruisant la lèvre. Le résultat de cette première opération avait été des plus heureux ; et quand je revis le sujet, après dix ou douze années passées, la lèvre avait, sur la partie moyenne, la même hauteur que sur les parties latérales. Elle était épaisse uniformément, et l'on n'y voyait qu'une cicatrice médiane, tout à fait linéaire. Le nez était également bien conformé. Ce premier résultat obtenu, quelques années devaient s'écouler avant qu'on pût songer à tenter, chez ce jeune homme, la réunion du voile du palais: il fallut attendre qu'il fût susceptible de patience et de résignation. Je la lui fis lorsqu'il eut atteint l'âge de quinze ans : c'était ma quatre-vingt-dix-neuvième staphyloraphie ; et, bien qu'appliquée au cas, toujours plus ou moins défavorable, d'une division du voile du palais avec diduction des deux moitiés de la voûte palatine, cette seconde opération avait eu tout le succès désirable. La réunion s'était faite dans toute la hauteur du voile du palais. A cette époque, il y avait eu déjà, en conséquence de la reconfection de la lèvre, rapprochement des deux parties de la voûte palatine en avant : les deux moitiés du rebord alvéolaire s'étaient rapprochées l'une de l'autre, et formaient un arc complet. Le sujet étant fort jeune encore, il était permis d'espérer qu'un phénomène analogue s'opérerait en arrière, et que de la réunion du voile du palais résulterait insensiblement, et par degrés, le resserrement, peut-être l'oblitération de l'espèce de grande boutonnière que présentait la voûte palatine.

C'est à quoi il faut s'attendre, et ce qui arrive, en effet, à tel degré ou à tel autre, après toute staphyloraphie pratiquée dans

les cas du genre de celui dont il s'était agi. Mais une condition indispensable pour que cela ait lieu, c'est que les sujets soient jeunes encore; c'est que les os n'aient point atteint le terme de leur développement; c'est que même ils conservent encore un certain degré de flexibilité; c'est qu'ils ne soient pas trop solidement joints les uns aux autres. Le phénomène s'était accompli chez le jeune homme dont je raconte le cas. Mais le rapprochement des deux parties de la voûte palatine en arrière, bien qu'il se fût opéré à un haut degré, n'était pas complet : un an environ après l'opération, il avait cessé de faire des progrès. Une ouverture, une sorte de fente placée immédiatement en deçà, ou au-devant de la base du voile du palais, subsistait à la voûte palatine et faisait encore communiquer la bouche avec les narines. Cette ouverture était longue de cinq lignes au plus, et n'avait pas plus d'une ligne de largeur dans sa partie moyenne; il devait être bien facile d'y adapter un obturateur mécanique, mais il eût été préférable de la fermer définitivement avec un lambeau emprunté aux parties molles du voisinage. Le jeune homme s'est arrêté au premier parti, bien qu'il fût désireux au dernier point, à la fois de bien parler, et d'être délivré de la très petite difformité qui produit chez lui l'imperfection de la voix et du langage.

Vous ne devineriez pas, et c'est ce que son cas présente de plus singulier, de plus remarquable, vous ne devineriez pas, dis-je, mon cher ami, à quelle résolution bizarre, excentrique, ce jeune homme s'était abandonné, quel empire il avait pris sur lui-même, quelle étrange volonté, dans laquelle il persiste peut-être encore, avait fait naître en lui le chagrin, ou le simple déplaisir de ne pouvoir faire entendre qu'une voix nasonnée, et de ne pas jouir de toute la liberté du langage. Il y avait trois ans, vous disais-je plus haut, qu'il avait subi la staphyloraphie; depuis trois ans il en avait obtenu le résultat primitif le plus avantageux : eh bien, depuis trois ans, il s'était condamné au silence le plus absolu; depuis trois ans, il n'avait eu de communication par la parole, ni avec des étrangers, ni même avec

ses plus proches parents. Ce jeune homme n'était dépourvu, ni d'intelligence, ni d'agréments physiques; il aurait tenu convenablement sa place dans la société, s'il l'eût bien voulu. Il travaillait, et s'efforçait de réparer ce que son éducation pouvait avoir eu d'imparfait: mais ses sensations, ses besoins, ses désirs, il les exprimait par des gestes seulement. Il s'était constitué muet; et, dans l'entrevue que nous eûmes ensemble, je lui adressai d'abord de vaines prières pour qu'il me donnât verbalement quelques renseignements que je désirais avoir. Cependant il a rompu, pour un instant, le silence, avec moi, quelques jours plus tard, au moment où il allait quitter Paris, après s'être fait faire un obturateur par M. Rossi. Il s'était enfin décidé à tenter l'usage de ce moyen; et, bien que sa voix m'ait paru encore très nasonnée, il paraissait cependant, d'après le dire du père, qu'elle avait subi un changement favorable.

J'avais fini de vous exposer ce que j'ai vu, ce que j'ai fait relativement aux divisions et aux perforations accidentelles du voile du palais et de la voûte palatine, lorsque, par occasion, je me suis laissé aller au désir de vous raconter le cas qui précède. Au fond, il appartient à la grande catégorie des divisions congéniales; et, considéré quant au résultat des deux premières opérations qu'a eu à subir le jeune homme qui en est le sujet, ce cas n'est que l'analogue d'un assez grand nombre d'autres dont je vais bientôt vous entretenir, mais seulement d'une manière générale. Ce qui le spécifie ou le distingue un peu particulièrement, c'est cette résolution prise par le jeune ***, de ne parler que lorsqu'il aura été mis à même de le faire comme les autres hommes.

J'ai présenté avec trop de développements, penserez-vous, mon cher Lawrence, toutes ces premières considé-

rations sur la staphyloraphie : mais la matière était neuve pour moi ; par là j'entends dire que jamais encore, si ce n'est dans un petit travail qui fait partie des comptes rendus de notre Académie des sciences (V. séance du 24 juin 1850), je n'avais été conduit à considérer la staphyloraphie sous ce premier point de vue. Jamais encore je n'avais exposé avec quelques détails les résultats de l'application qu'il m'a été donné d'en faire à des lésions du voile et de la voûte du palais, autres que des divisions originelles ou congéniales. C'est peut-être aussi l'unique fois que je traiterai ce sujet. Je puis être plus bref maintenant pour ce qui concerne la staphyloraphie proprement dite, c'est-à-dire considérée relativement à ces divisions originelles du voile du palais. En effet, c'est pour les conformations vicieuses de cette sorte qu'elle a été instituée particulièrement ; c'est à ces difformités natives qu'elle a été le plus appliquée ; à peine, dans le principe, avais-je présumé qu'elle pourrait subir beaucoup de modifications, que d'elle procéderaient d'autres opérations secondaires applicables à des lésions accidentelles, variables presque à l'infini. Ses rapports avec les différentes sortes de diastematostaphylie congéniale constituent le point de vue sous lequel je l'ai considérée spécialement et décrite dans mon premier mémoire.

LETTRE HUITIÈME.

Mon cher ami, je reprends le sujet dont je vous ai entretenu dans ma lettre précédente; et bien que chez moi la matière abonde, peut-être parviendrai-je à ne pas dépasser certaines limites. Mais j'ai d'abord à vous communiquer quelques nouvelles remarques sur les effets ou les conséquences d'une division quelconque du voile du palais; puis à faire connaître mon sentiment sur quelques unes des modifications que divers chirurgiens ont apportées pour la staphyloraphie elle-même au procédé opératoire que j'ai décrit. J'ai à dire pourquoi je suis resté fidèle à certaines règles, à certains détails d'exécution auxquels j'ai dû, très probablement au moins, les premiers succès qui ont décidé du sort de cette opération. J'ai ensuite à rendre compte de ce que l'expérience m'a appris touchant les soins, les précautions de tous genres par lesquels on peut faire que la staphyloraphie réussisse dans le plus grand nombre de cas possible, sur tout ce qui peut être d'un bon ou d'un mauvais augure dans les circonstances mêmes de l'opération et dans les phénomènes consécutifs. C'est après tout cela seulement que je vous dirai à quels résultats je suis parvenu, dans quelle proportion ont été les succès et les revers, et même quels malheurs, autres que de simples non-réussites, j'ai pu éprouver dans le nombre si considérable de

cas où j'ai eu à pratiquer une opération, qui ne doit pas et ne peut pas toujours réussir.

III.

Toute division congéniale du voile du palais, petite ou grande, avec ou sans diduction des deux moitiés de la voûte palatine, comme toute division ou perforation accidentelle récente ou ancienne de la même partie, comme toute perforation de la voûte du palais, est une source d'incommodités nombreuses et diverses. Toutefois ces incommodités ne sont pas les mêmes aux différentes époques de la vie : il faut les étudier chez l'enfant nouveau-né, chez l'enfant, et chez les sujets adultes ; et chez un sujet adulte il n'est pas indifférent que les incommodités dont il s'agit aient toujours existé, c'est-à-dire qu'elles datent de l'enfance, ou bien qu'elles soient le résultat d'un événement imprévu, d'un accident. Il y a bien toujours dérangement de quelques uns des actes qui s'accomplissent dans l'intérieur de la bouche, de ceux surtout auxquels concourent particulièrement l'isthme du gosier, la voûte et le voile du palais. Mais ce dérangement ne s'exprime pas de la même manière, mais il n'a pas tout à fait le même caractère, et les effets qui en résultent n'ont pas la même gravité, dans tous les cas où l'on peut avoir à les observer.

Chez un enfant qui vient de naître avec une division du voile du palais, que peut-il résulter d'une telle difformité pendant les premiers temps de la vie? Rien autre chose qu'un empêchement à la succion, qui pour l'homme

enfant comme pour les petits des animaux mammifères, est le mode de préhension des premiers aliments voulu par la nature. C'est beaucoup sans doute, puisqu'il y a nécessité de suppléer à l'allaitement naturel par l'allaitement artificiel, et de nourrir ainsi à la cuiller ou au biberon cet enfant qui ne peut teter ni sa mère, ni une nourrice, ni une femelle d'animal. Chose remarquable toutefois, l'empêchement n'est pas absolu; on ne peut pas dire qu'il existe au même degré chez tous les sujets. Certaines fois, quand il y a bifidité du voile du palais seulement, et bien plus encore quand ce voile n'est pas divisé dans toute sa hauteur, l'enfant prend le sein et parvient à teter, surtout s'il est tenu dans une position verticale. M. Stephenson, dont j'ai déjà inscrit le nom plusieurs fois, avait pu profiter dans les premiers temps de sa vie d'une heureuse inspiration de sa mère, qui avec cette simple précaution, de le placer debout en lui donnant le sein, était parvenue à le nourrir elle-même. J'ai vu le même expédient réussir dans les mêmes circonstances chez quelques enfants nouveau-nés pour lesquels je l'avais conseillé. Il n'y a point à y songer quand, avec la division du voile du palais, il existe un bec-de-lièvre, ou simple ou double, qui ne permet même pas à l'enfant de saisir la mamelle; ni non plus quand il y a seulement fissure de la voûte palatine et bifidité du voile du palais; ni moins encore enfin quand il y a concours ou réunion de toutes ces difformités. Ce concours, comme vous le savez, n'est que trop fréquent. A propos de cela, je veux vous communiquer un fait assez curieux au point de vue de la tératologie.

Observation. — Je croyais encore, il y a peu de temps, qu'un bec-de-lièvre double, avec avance ou saillie des os incisifs, première complication si ordinaire, sinon constante du bec-de-lièvre double, avec fissure de la voûte palatine, avec bifidité du voile du palais, était la monstruosité la plus extrême dont la face pût être le siége; je ne pensais pas qu'une telle monstruosité pût se compliquer d'un autre élément. Mais, tout récemment, on m'a présenté à l'Hôtel-Dieu un enfant nouveau-né, chez lequel, en même temps qu'il y avait division médiane et complète des parties solides et des parties molles de la mâchoire supérieure, la mâchoire inférieure était de beaucoup plus petite qu'elle ne devait l'être, et comme retirée en arrière. La langue, plus petite pareillement, semblait avoir éprouvé aussi une sorte de rétrocession : elle était comme engagée entre les deux parties du voile du palais; et l'on pouvait croire qu'il était heureux que cette dernière partie fût bifide. Autrement, en effet, il n'y aurait point eu un espace libre suffisant pour le passage de l'air. Déjà, l'espace intermédiaire aux deux moitiés du voile du palais suffisait à peine pour le passage des aliments liquides, qu'on avait essayé de faire prendre à l'enfant; il avait fallu porter fort avant dans la bouche, et jusqu'au delà de l'espèce de mamelon triangulaire, qui représentait la langue, l'extrémité d'un biberon. C'est avec cette précaution qu'on a dû continuer à essayer de faire vivre le malheureux enfant, dont la face était si vicieusement conformée. Je ne sais pas si l'on y est parvenu : j'aime mieux penser qu'il a cessé d'être.

Généralement donc, un enfant né avec le voile du palais divisé ou bifide ne peut exercer la succion, telle du moins qu'elle a lieu dans l'allaitement naturel : mais, du moment que les aliments sont introduits dans la bouche de quelque autre manière, il y a pour lui toutes les chances possibles de vie, car rien ne met obstacle à la déglutition. Tout au plus peut-il arriver que certaines fois, et plus souvent

que cela n'a lieu chez des sujets bien conformés, cet acte ne s'accomplisse pas avec toute la régularité possible. Il faut que j'ajoute que les premiers cris de l'enfant ne sont en aucune manière changés par une division du voile du palais. Cette mauvaise conformation ne modifie en rien non plus les simples cris que l'homme peut faire entendre à toutes les époques de la vie : elle influe seulement, mais elle influe toujours, sur les modulations du chant, sur le timbre de la voix parlée, et sur l'articulation de certains sons.

On voit cela dès l'époque à laquelle l'enfant commence à parler ; et plus il avance dans ce genre de communication avec ses semblables, plus l'imperfection de son langage devient choquante et désagréable. La voix est nasonnée : peut-être serait-il mieux de dire qu'elle est trop buccale; car elle paraît emprunter son caractère chez les sujets qui ont le voile du palais ou divisé, ou perforé, comme ceux qui ont la voûte palatine trouée, de ce que la colonne d'air mise en vibration dans le larynx ne se partage pas dans des proportions convenables entre la bouche et les narines. N'est-il pas évident que l'isthme du gosier en laisse passer une quantité trop considérable? Ne l'est-il pas aussi que la très petite quantité qui franchit les narines n'y subit qu'une faible résonnance? A l'altération étrange du timbre même de la voix se joint une difficulté plus ou moins grande dans l'articulation de certains sons, ou plutôt dans la production de certaines consonnances, et dès lors une grande imperfection dans l'exercice de la parole. Ce sont les mots dans lesquels dominent les consonnes gutturales qui sont le plus mal articulés; cela doit être :

c'est un résultat nécessaire de l'espèce d'inaction à laquelle est condamné le voile du palais, l'organe qui, dans l'état normal, concourt le plus à leur production par ses mouvements et par les configurations diverses qu'il peut prendre.

A cause de cette imperfection si grande du langage, une division du voile du palais est déjà un état fâcheux chez une jeune personne, chez une femme. Chez celle-là même qui n'est pas dépourvue d'agréments physiques, l'éclat en est terni, le charme disparaît. Et, dans tous les cas, combien de positions sociales, parmi celles qui sont dévolues à la femme, dont l'accès devient difficile, ou même impossible, avec une si grande incommodité! Mais combien est plus triste encore la position d'un homme chez lequel une division du voile du palais persisterait indéfiniment! Que d'embarras, que de contrariétés l'attendent dans ses relations avec ses semblables! Que de carrières, parmi les plus nobles, les plus grandes, les plus honorables, lui sont tout à fait interdites! Heureux encore, si, dans sa jeunesse, il a pu triompher de l'obstacle que la seule difficulté de parler et de se faire comprendre a pu faire naître à l'exercice de ses facultés, à la culture de son esprit. Assez généralement, en effet, les enfants ou les très jeunes sujets qui parlent mal, parce qu'ils ont le voile du palais bifide, étudient mal, travaillent mal, et se découragent facilement: rarement peuvent-ils compléter leur éducation.

Chose notable toutefois: avec quelques efforts d'intelligence, une étude tant soit peu spéciale, et du bon vouloir, quelques uns parviennent cependant à corriger tant soit peu le vice de leur prononciation. J'ai même remarqué que, généralement, la voix est plus étendue, qu'elle est

moins voilée, moins nasillarde, que l'articulation des sons est moins défectueuse chez les sujets qui, malgré leur infirmité naturelle, ont pu recevoir une instruction plus ou moins complète, chez ceux qui ont dû aussi et voulu jouir des agréments de la société, que chez ceux qui n'ont eu ni un tel avantage, ni de tels désirs. On le conçoit, pour l'homme dont la destinée est d'être incessamment livré à des travaux matériels, et d'avoir peu de communications intellectuelles avec ses semblables, un timbre de voix tel quel, une manière de parler si défectueuse qu'elle soit, suffit rigoureusement à ses besoins. Que lui servirait d'avoir un langage plus parfait? Aussi fait-il bien rarement de lui-même de grands efforts pour atténuer les résultats de sa difformité; et l'on a peine à faire naître en lui le désir d'en être délivré. J'aurais bientôt compté, tant le nombre en a été peu considérable, les hommes ou les femmes de la campagne, ou les individus appartenant aux dernières classes de la société dans nos villes, auxquels j'ai pratiqué la staphyloraphie; et la plupart ont encore cédé aux instances que le hasard m'avait mis dans le cas de leur faire, plutôt qu'à ce que pouvait avoir d'agréable la perspective d'un grand changement dans la manière dont ils parlaient. J'en ai vu qui, au moment où j'allais la leur faire, n'ont plus voulu subir l'opération à laquelle ils avaient d'abord consenti.

Il faut dire aussi, pour excuser encore leur indifférence ou leur insouciance à l'endroit d'une infirmité toujours grande, que généralement les personnes qui ont le palais bifide, habituées qu'elles sont dès l'enfance à leur manière de parler, ne se la représentent pas telle qu'elle est réelle-

ment. La plupart, j'en suis à peu près certain, n'en ont qu'imparfaitement la conscience. Elles savent que leur langage est défectueux, pénible et fatigant pour les autres, au moins autant d'après ce qui leur a été dit, que d'après ce qu'elles sentent elles-mêmes. Il en est de ces personnes, par rapport à ce qu'il y a chez elles d'insolite et de contre nature, comme de chaque individu bien conformé, qui ne connaît parfaitement, je le crois du moins, ni le timbre, ni les intonations propres de sa voix, ni même telle ou telle défectuosité plus ou moins grande dans sa manière d'articuler les sons. Non, très certainement, notre voix, telle que nous l'entendons, telle que chacun de nous l'entend, n'est pas exactement celle que nous faisons entendre aux autres.

Un timbre désagréable de la voix, et une prononciation défectueuse, ne sont pas les seules incommodités inhérentes à toute division du voile du palais, chez un jeune homme ou chez un sujet adulte. A ce double vice de la parole ou du langage sont constamment jointes une altération plus ou moins grande des modulations de la voix qui constituent le chant, et l'impossibilité du chant lui-même, d'un chant régulier au moins. Quelques autres incommodités sont également inséparables ; mais elles sont beaucoup moins importantes que les premières. On les remarquerait à peine, à peine devrait-on en faire mention, si elles étaient les seules dont pût se plaindre un individu chez lequel existe un tel vice de conformation. Qu'importe, en effet, qu'ayant une fois franchi les premières périodes de la vie, cet individu ne puisse pas humer l'eau au bord d'une fontaine; que la succion,

comme mode de préhension des liquides, lui soit interdite ; qu'il siffle mal ; que, s'il vomit, une partie des matières chassées par l'estomac et l'œsophage, s'échappe par les narines ; qu'il soit plus que d'autres personnes exposé à une déviation analogue des liquides, ou des aliments, dans l'acte de la déglutition ; qu'il ne puisse emboucher un hautbois, une trompette, ou tout autre instrument à vent, et que ces instruments soient en quelque sorte muets pour lui ! Ce sont là de bien faibles effets d'un tel vice de conformation : d'ailleurs ces effets sont occultes, pour ainsi dire, comme l'est la difformité elle-même. Ils n'ont de réalité que pour l'individu même qui les éprouve ; surtout ils n'ont, et ne peuvent avoir aucune influence sur sa destinée. Il en est de même, à peu de chose près, des limites dans lesquelles est circonscrite la faculté de chanter. L'homme qui ne peut pas jouir pleinement de cette faculté, à cause d'une conformation vicieuse du voile du palais dont il ne devrait jamais être délivré, se fait à cette privation : il y conforme ses goûts, ses habitudes, ses occupations.

Tout cela doit s'entendre particulièrement des cas de division congéniale du voile du palais avec ou sans fissure de la voûte palatine : c'est le sort des individus nés avec un tel vice de conformation que j'ai eu surtout en vue. Mais pires sont les résultats des divisions accidentelles permanentes, soit qu'elles consistent en de simples fentes, comme cela peut être au voile du palais ; soit qu'elles se montrent sous la forme de trous ou d'ouvertures, de perforations telles que je les ai décrites pour le voile du palais ou pour la voûte palatine. C'est bien toujours le même

trouble, la même aberration dans les actes divers auxquels concourt le voile du palais, et dans ceux qui ne peuvent s'accomplir régulièrement qu'avec une séparation complète de la bouche et des narines. Mais l'altération du timbre de la voix; mais l'impossibilité plus ou moins absolue de faire entendre certaines consonnances; mais un grand changement dans l'étendue et dans le caractère de la voix modulée; mais de grandes difficultés pour faire rendre à tel ou tel instrument à vent les mêmes sons qu'on en avait tirés jusqu'alors; tous ces contre-temps, tous ces tristes effets d'une division accidentelle et permanente du palais mou, ou du palais solide, n'empruntent-ils pas un caractère plus fâcheux des circonstances dans lesquelles se trouve l'individu qui les éprouve? Il avait joui jusqu'alors de toute la plénitude de ses facultés vocales; elles lui sont maintenant enlevées en totalité ou en partie: leur exercice facile et régulier était pour lui besoin, habitude, jouissance, comme l'est l'accomplissement de tous les actes dont notre vie se compose; maintenant ce besoin, cette habitude, il ne peut les satisfaire qu'à demi. Cette jouissance, il ne l'éprouve plus qu'imparfaitement; ou plutôt, à la satisfaction de pouvoir exercer tant de facultés diverses a succédé pour lui, au moins, quelque embarras dans ses relations sociales. Il a de plus l'appréhension, bien naturelle, que l'altération de sa voix ne trahisse à la fois, et la difformité dont il est atteint, et la maladie d'où proviennent le plus ordinairement les perforations et les autres divisions accidentelles de la voûte palatine, ou du voile du palais.

Et ne sera-t-il pas plus malheureux encore s'il est du nombre de ces individus, formant une classe si nom-

breuse dans la société, dont l'état, la profession exige, ou l'exercice fréquent de la parole, ou celui du chant, ou bien encore l'usage de quelque instrument à vent ; si, en possession d'un talent consacré ou reconnu, et d'une renommée légitime, il lui faut, ou bien abandonner momentanément, ou quitter pour toujours une carrière qui lui procurait aisance et bonheur ? C'est la triste nécessité où pourrait être un artiste dramatique, acteur seulement ou chanteur, un joueur habile de cor, de hautbois, de flûte, de clarinette. Ce serait le sort aussi d'un homme que sa position sociale destinait à parler en public, un homme livré à la carrière de l'enseignement, du barreau.

Combien donc c'est chose heureuse, que la chirurgie possède maintenant des moyens de restauration de la voûte et du voile du palais ; et qu'elle puisse, non pas toujours, mais dans un assez grand nombre de cas, réparer certains désordres accidentels de ces parties ! Je ne crois point exagérer : si ces divisions accidentelles et permanentes du palais solide et du palais mobile étaient aussi fréquentes que le sont les divisions congéniales de ce dernier ; et si, parmi les individus sur lesquels on peut avoir à les observer, il s'en trouvait beaucoup qui eussent à en éprouver un grand dommage, à l'existence duquel elles fissent un grand tort, on pourrait dire que les opérations nées de la staphyloraphie proprement dite sont plus importantes et plus utiles que la staphyloraphie elle-même. Il est bien vrai que par celle-ci, appliquée aux divisions congéniales du voile du palais, avec ou sans fissure du palais solide, l'homme acquiert pour certaines fonctions, pour certains actes, une aptitude dont il n'avait joui qu'incomplétement,

une perfection qu'il ne connaissait pas. Mais par la même opération, ou par quelqu'une de celles qui en dérivent, appliquée à des divisions accidentelles, l'homme recouvre des facultés dont il était habitué à faire usage. Ne vous semble-t-il pas, mon cher Lawrence, que c'est comme un bien perdu dont la jouissance lui est rendue? Il en comprend mieux la valeur.

IV.

Sans être grand partisan des dénominations nouvelles pour désigner des objets déjà connus, et auxquels des noms sont déjà imposés, je ne suis cependant pas éloigné d'admettre le terme de *diastématostaphylie* pour désigner la division congéniale du voile du palais. Il est assez significatif, bien qu'un peu long : il exprime bien la difformité dont il s'agit; et peut-être m'en servirai-je encore, comme je l'ai déjà employé certaines fois, ne serait-ce que pour mettre un peu de variété dans mes descriptions. Tous les sujets atteints de diastématostaphylie ne sont pas, à beaucoup près, dans les mêmes circonstances. Beaucoup de cas différents se présentent, pour lesquels il n'y a pas toujours indication d'agir, et pour lesquels il y a aussi à faire diversement l'application des ressources ou des moyens que la chirurgie a institués. D'une part, la simple bifidité de la luette, ou bien, ce qui est plus ordinaire, avec la luette bifide une division médiane du voile du palais dans une étendue d'un centimètre au plus au-dessus du niveau du bord libre; d'autre part, une division de tout le voile du palais, et de la voûte palatine dans tout son diamètre antéro-posté-

riéur, y compris l'arcade alvéolaire, et de plus une division ou simple ou double de la lèvre supérieure avec ou sans disjonction, et saillie en avant, des os incisifs : Voilà les dispositions extrêmes du vice de conformation dont il s'agit; voilà, d'un côté, le cas le plus minime, le plus simple, et de l'autre, le cas le plus compliqué.

Puis, en procédant d'arrière en avant, on observe, comme états intermédiaires : 1° la division du voile du palais seulement dans la moitié de sa hauteur environ; 2° sa division complète, ou sa division jusqu'à l'épine nasale postérieure, restée intacte; 3° cette division complète encore avec bifurcation de cette épine nasale postérieure; 4° le même état du voile du palais, avec fissure de la voûte palatine dans la seule portion formée par la partie horizontale des os palatins; 5° le même cas, mais avec une fissure plus étendue du palais, laquelle comprend à la fois et les os palatins et les os maxillaires, sans que l'arcade alvéolaire y participe; 6° la division entière du voile du palais, avec séparation complète des deux parties de la voûte palatine, et de plus division de la lèvre supérieure, d'un côté seulement, tantôt à droite, tantôt à gauche, mais plus souvent à gauche, et simple division de l'arcade alvéolaire en deux parties inégales; 7° enfin le cas très rare d'une division incomplète ou complète du voile du palais, avec une division simple ou double de la lèvre supérieure, la voûte jouissant dans toutes ses parties d'une intégrité parfaite.

Parmi ces différentes formes, ou pour mieux dire, parmi ces diverses complications de la diastématostaphylie, quelques-unes ne sont que des formes ou des complications diverses du bec-de-lièvre, considérées à rebours ou en

sens contraire. C'est qu'en effet la division du voile du palais, et celle de la lèvre qui constitue le bec-de-lièvre, sont ce qu'il y a de plus important dans l'ensemble des difformités par arrêt de développement de toutes les parties molles ou solides de la mâchoire supérieure. Mais elles ne coïncident pas toujours : selon les cas, c'est donc tantôt à l'une, et tantôt à l'autre que se rapporte, comme complication ou disposition aggravante, telle ou telle autre conformation anormale de la voûte palatine. Quand elles existent ensemble chez le même sujet, avec ou sans déformation des parties solides, chacune des deux est une complication de l'autre : et selon certaines circonstances, c'est tantôt le bec-de-lièvre, et tantôt, au contraire, la division du voile du palais qui est le vice de conformation dominant ; c'est tantôt à l'un, tantôt à l'autre que telle ou telle autre déformation concomitante de la voûte palatine doit être rapportée comme complication.

Complète ou incomplète, simple ou composée d'une manière quelconque, toute division congéniale du voile du palais existe sur la ligne médiane : il serait peut-être mieux de dire qu'elle s'est formée sur la ligne médiane ; car dans quelques cas elle semble comme inclinée d'un côté, bien que par son angle supérieur elle corresponde à l'épine nasale postérieure. Alors les deux parties du voile du palais n'ont pas tout à fait la même largeur ; et presque toujours celle des deux qui paraît la plus étroite a en même temps un peu moins de hauteur que l'autre. Mais toujours on distingue bien les deux moitiés de la luette, limitant l'intervalle plus ou moins grand qui sépare les deux bords de la division. Cet intervalle est triangulaire quand la division est

bornée au voile du palais. Il conserve bien peu cette forme, en se prolongeant en avant, quand la voûte palatine participe à la division dans une partie seulement de son étendue; mais les deux moitiés du voile du palais sont écartées l'une de l'autre à peu près également en haut et en bas; c'est un espace presque quadrangulaire qui les sépare. Il est remarquable que, bien qu'elles soient habituellement dans un état de rétraction, les deux parties du voile du palais se rapprochent pour un moment, et avec rapidité quand, la bouche étant ouverte, l'isthme du gosier et le pharynx viennent à exécuter les mouvements par lesquels s'accomplit l'acte de la déglutition. C'est en observant ce phénomène, qui se produisit sous mes yeux sans que je l'eusse prévu, sans que je l'eusse provoqué, pendant que j'examinais attentivement le fond de la bouche chez le jeune M. Stephenson, que je conçus soudain la possibilité de rapprocher artificiellement et de maintenir en contact les deux parties du voile du palais. Pour moi, ç'a été l'origine de la staphyloraphie. C'est peut-être de la même manière, ou dans la même circonstance, que M. Græfe en avait également conçu la pensée. Peut-être, en effet, fallait-il avoir préalablement reconnu que, malgré la séparation de ses deux parties par un assez grand intervalle, et leur rétraction vers les parois latérales du pharynx, le voile du palais n'avait éprouvé aucune perte réelle de substance; et que, dès lors, il y avait possibilité de le développer, et de le ramener à sa place naturelle.

Dans aucune des différentes sortes de diastématostaphylie, l'espace intermédiaire aux deux parties du voile

du palais n'est le même chez tous les sujets. Cela est vrai surtout pour les cas dans lesquels il y a bifidité plus ou moins étendue de la voûte palatine; et c'est aussi pour les cas de cette sorte que la chose est importante à considérer. Car dans l'opération applicable à la diastématostaphylie, les difficultés de l'opération elle-même, et plus encore l'incertitude d'un résultat favorable, sont d'autant plus grandes que les parties à réunir sont plus éloignées l'une de l'autre. Déjà lorsqu'il y a fissure de la voûte palatine, le moindre écartement possible des parties osseuses ajoute à la diduction des deux moitiés du voile du palais, surtout dans leur partie supérieure. Avec un écartement un peu plus considérable des os, il y a diduction plus grande aussi des deux moitiés du voile du palais, qui sont les seules parties sur lesquelles on puisse agir immédiatement; de là succès encore moins assuré d'une opération, dont les difficultés aussi sont accrues par cette circonstance. Chez quelques sujets même, l'intervalle qui sépare, et les bords de la fente incomplète ou complète de la voûte palatine, et ceux des deux parties isolées du voile du palais, est tel que toute tentative de rapprochement de celles-ci serait infructueuse. Il y aurait témérité à l'entreprendre, même en s'aidant de la séparation en haut de chacune de ces deux parties du voile du palais et du bord postérieur de la voûte palatine, par une section transversale prolongée le plus possible en dehors.

C'est chose ordinaire qu'une conformation particulière de la face coïncide avec tel ou tel degré de diduction des bords de la fente, surtout quand les os y participent. Il est très vrai surtout qu'on ne voit guère une diastémato-

staphylie avec écartement considérable des bords de la division que chez des sujets qui ont la face large. Assez généralement aussi chez eux l'entrée de la bouche est grande; et l'intérieur même de cette cavité a proportionnellement moins de profondeur que chez les individus dont la face a de la hauteur, en même temps qu'elle est étroite et comme aplatie d'un côté à l'autre. On peut dire que pour les individus à face large qui sont atteints de diastématostaphylie, quand vient le moment où ils peuvent être soumis à une opération, il serait avantageux que l'entrée de la bouche fût grande, que cette cavité eût peu de profondeur, et que les arcades dentaires fussent bien évasées. Les manœuvres de l'opération seraient rendues plus faciles par toutes ces dispositions. Mais cela ne compense pas les désavantages si grands qui résultent d'une diduction considérable des parties divisées.

Enfin, chez les sujets atteints de diastématostaphylie, le voile du palais peut présenter toutes les variétés de conformation, ou plutôt de contexture, qu'il peut offrir sur des sujets bien organisés. Tantôt ses deux parties sont, chacune isolément, fortement constituées ; elles ont de la force, de l'épaisseur ; elles se développent bien dans les mouvements simulés de déglutition ; on peut croire que les parties charnues et aponévrotiques dominent sur la partie membraneuse ; qu'ainsi elles réunissent les conditions d'organisation les plus favorables à l'adhésion, quand leurs bords auront été avivés et maintenus dans un contact immédiat. Heureux toutefois si ce voile du palais, ainsi divisé, ne jouit pas d'une mobilité trop grande, s'il n'est pas trop excitable, s'il ne supporte pas trop impatiemment

l'approche, le contact des instruments, et si l'on n'a pas à craindre de trop grandes difficultés pour les manœuvres, toujours si minutieuses, de la staphyloraphie. Chez quelques sujets, au contraire, l'organe paraît en quelque sorte tout membraneux; du moins le plan charnu qui entre dans sa composition doit avoir peu d'épaisseur; les deux parties à réunir sont très molles, et si minces qu'on ne pourrait les mettre l'une avec l'autre en rapport que par des surfaces trop étroites. Alors difficilement doit-on compter sur un affrontement régulier. Il y a peu de chances pour qu'une opération faite dans des cas de ce genre puisse réussir. Et combien le succès est-il plus incertain encore s'il faut faire disparaître un écartement considérable; ou bien si l'opération doit être entreprise sur un sujet d'une organisation délicate, et chez lequel les tissus n'ayant en partage qu'une faible vitalité, auraient peu de tendance à une inflammation franchement adhésive!

Je viens d'indiquer des dispositions toutes contraires du voile du palais: mais, que de variétés ne remarque-t-on pas entre ces extrêmes! A peine trouverait-on deux cas qu'on pût assimiler l'un à l'autre quant à la force, à l'épaisseur, à la souplesse, à la mobilité des parties atteintes par la difformité. Probablement aussi les mêmes nuances existent dans l'organisation, dans la vitalité de ces parties. Tout cela peut rendre raison des résultats assez différents de la staphyloraphie, de la réussite ou complète ou incomplète, et de la non-réussite de cette opération, mais seulement jusqu'à un certain point. Car il y a toujours à tenir compte des circonstances dont l'opération elle-même a été accompagnée; de son exécution facile ou difficile,

parfaite ou quelque peu défectueuse ; des dispositions de l'organisme; de la patience du sujet opéré ou de son indocilité ; de son attention ou de sa négligence à observer certaines précautions qui dépendent de lui seul, et qui sont indispensables pour le succès de l'opération. Et quand on réfléchit à la disposition des parties sur lesquelles la staphyloraphie est pratiquée, à toutes les circonstances qui sont nécessaires pour qu'elle puisse réussir, il y a presque lieu d'être plus surpris des succès nombreux qu'elle procure que des revers qu'on éprouve.

A propos de toutes ces manières d'être du voile du palais, alors qu'il est le siége d'une division congéniale, permettez-moi, mon cher Lawrence, de relater ici un cas assez singulier que j'ai eu sous les yeux tout récemment. Je ne sais pas si je serais parvenu à triompher des difficultés que devait me faire éprouver un état de choses que je n'avais point encore observé ; mais je n'ai pas beaucoup regretté que le sujet qui me l'a présenté ait manqué de courage et de résignation au moment même où j'allais commencer une opération, qu'il désirait beaucoup cependant.

Observation. — C'est une demoiselle, qui a déjà vingt-deux ans, chez laquelle il semble que la luette seule soit bifide. Du moins, la division médiane du voile du palais ne s'étend pas à plus de deux lignes au-dessus de la base de cet appendice, dont les deux parties ne sont séparées l'une de l'autre que par un très petit intervalle; et cela a suffi pour produire un timbre désagréable de la voix, et une difficulté dans la prononciation, qui n'est grande peut-être qu'à cause de l'extrême timidité de cette jeune personne. Mais, immédiatement au-dessus de l'angle de la division, dans un espace en forme de losange, et de la gran-

deur de l'ongle du doigt médius environ, le voile du palais paraît réduit à ses deux seules couches de membrane muqueuse, encore très amincies; ou plutôt, là, il est formé par un simple tissu membraneux très mince, à demi transparent. On dirait qu'il a été primitivement le siége d'une division plus étendue que celle qu'on y remarque maintenant, et que les bords de la fente, rapprochés incomplétement de haut en bas, et imparfaitement aussi dans le sens transversal, se sont joints l'un à l'autre par une membrane cicatricielle intermédiaire. Cette disposition, en conséquence de laquelle le voile du palais a nécessairement une épaisseur inégale dans ses différentes parties, concourt-elle pour quelque chose à l'altération du timbre de la voix et au vice de la prononciation? Cela n'est pas hors de vraisemblance. C'est pour cela que dans l'opération qui avait été tant désirée, par mademoiselle ***, et qu'ensuite elle n'a plus consenti à subir, opération qui n'est peut-être que remise à un autre temps, je devais enlever cette petite portion simplement membraneuse du voile du palais. J'aurais craint, en ne faisant que l'entamer dans l'avivement des bords de la division ou de la petite fente qu'elle surmonte, de ne point avoir de réunion vers la partie supérieure. A la vérité, je ne pouvais pas l'enlever sans produire une plaie assez étendue en hauteur, à bords échancrés ou semi-elliptiques. Mais je comptais sur l'extensibilité, naturellement si grande du voile du palais, pour obtenir le rapprochement de ces bords, et pour établir entre eux une coaptation immédiate.

V.

C'est seulement par la suture, et par une suture précédée de l'avivement des bords de la division, qu'on peut tenter de faire disparaître la difformité dont je viens d'indiquer les principales variétés. Aucun autre moyen de réunion ou de synthèse n'est applicable ici. Je sais

bien que depuis que la staphyloraphie est devenue un acte méthodique de l'art, en même temps qu'une opération ordinaire, on a essayé d'arriver au même but par la simple cautérisation, plusieurs fois répétée ; on a pensé que la pellicule dont les bords de la division sont recouverts étant détruite, ces bords, ainsi cautérisés, pourraient être attirés l'un vers l'autre successivement de haut en bas, et contracter une adhérence intime. Cette espérance était fondée sur quelques résultats heureux de la cautérisation, soit avec un caustique très astringent, comme le nitrate d'argent, soit avec un fer rouge, employée pour l'oblitération de certaines ouvertures fistuleuses. Je doute qu'on ait obtenu des succès un peu remarquables, et qu'on soit parvenu de cette manière à rendre inutile la staphyloraphie proprement dite dans des fissures un peu étendues. En tout cas, il serait ridicule de songer à l'application d'un tel procédé aux fissures qui comprennent à la fois le voile du palais, et une partie, si petite qu'elle fût, de la voûte palatine, puisque les deux parties du voile du palais étant séparées l'une de l'autre en haut presque autant qu'en bas, il n'y aurait pas de point de départ pour un travail d'adhésion. Pour mon compte, je suis seulement parvenu à faire disparaître, en partie, en la touchant à plusieurs reprises avec du nitrate d'argent, la petite échancrure qu'on voit subsister au milieu du bord libre du voile du palais après des staphyloraphies dont le succès n'avait que cela d'incomplet.

Ce à quoi on arrive bien mieux par des cautérisations successives avec le nitrate d'argent, ou au moyen d'un petit bouton de feu, c'est à faire fermer la petite ouverture

qui se montre quelquefois au milieu de la cicatrice. Une telle ouverture consécutive à la staphyloraphie a toujours son siége sur la ligne médiane : tantôt c'est près de la voûte palatine ; et alors elle s'est formée à cause d'une très petite bifurcation de l'épine nasale postérieure : tantôt c'est plus bas, quelquefois même assez près de la base de la luette ; et presque toujours elle a été formée par le nœud d'un des fils qui ont servi à la suture. De plusieurs cas de ce genre où j'ai tiré un bon parti de la cautérisation, deux surtout m'ont paru remarquables à quelques égards.

Observations.— En 1842, je fis, à quelques jours d'intervalle seulement, deux opérations sur deux sujets à très peu près du même âge, qui montrèrent l'un et l'autre plus de patience et de docilité que je ne l'avais espéré. L'un d'eux était un jeune Espagnol, fils d'un négociant de Bilbao ; l'autre était une demoiselle de Rennes. Le jeune homme avait dix-huit ou dix-neuf ans ; la jeune personne en avait seize seulement. Le résultat définitif a été le même, et pareillement beau dans les deux cas : chez la jeune demoiselle de la Bretagne, comme chez le jeune Biscaïen, le voile du palais a été reconstitué complétement, mais non sans quelques contre-temps qui ont présenté à la fois une certaine analogie et une différence notable dans les deux cas.

Chez le jeune Espagnol la réunion des deux parties du voile du palais fut presque complète de prime abord. Mais comme il y avait une légère bifurcation de la voûte palatine en arrière, à cause d'une division de l'épine nasale postérieure seulement, il n'y eut pas d'adhésion immédiate à la partie la plus élevée. Une ouverture s'y établit, ouverture qui avait une ligne et demie de diamètre environ. A force d'en toucher les bords avec du nitrate d'argent, je parvins à y faire naître des granulations celluleuses, et par suite un travail d'oblitération. Celle-ci fut achevée après trois semaines ou un mois. Le jeune Garocika put, dès lors, mettre plus facilement et plus avantageusement

en jeu, pour la prononciation, son voile du palais reconstitué. Ses parents le firent profiter de la circonstance pour laquelle ils lui avaient fait faire le voyage de Paris. Il y resta pendant six mois pour perfectionner la connaissance qu'il avait déjà de la langue française, et pour faire quelques études relatives au commerce.

La jeune demoiselle de Rennes, mademoiselle V..., eut à subir deux opérations : la seconde ne fut pas toutefois une répétition exacte de la première. Dans celle-ci, que je fis au mois d'octobre 1842, six ou huit mois avant l'autre, l'adhésion eut lieu, et se maintint dans le quart inférieur du voile du palais. La difformité n'avait donc pas disparu ; mais, au lieu d'une fente complète, ce n'était plus qu'une ouverture ovalaire qui, selon toute probabilité, deviendrait plus petite avec le temps, sans s'oblitérer jamais complétement par les seuls efforts de la nature, même avec le soin que je pouvais prendre d'en cautériser les bords. J'annonçai qu'une seconde opération serait nécessaire, opération pour laquelle il fallait laisser s'écouler quelques mois. L'ouverture venant à se resserrer beaucoup, ou à diminuer tant en hauteur qu'en largeur, je devais trouver dans la partie consolidée du voile du palais un point d'appui plus étendu ; et d'ailleurs les parties sur lesquelles il fallait agir de nouveau auraient recouvré leur souplesse et leur flexibilité naturelles. Dans cette nouvelle opération, il faudrait bien toujours amener à l'état de cruentation ou aviver les bords de l'ouverture, et pratiquer encore deux points de suture : mais cette demi-staphyloraphie, avec ses difficultés particulières, devait être en somme plus simple que ne l'avait été la première opération ; et le succès était des plus probables.

Ce que j'avais prévu arriva. C'est au mois de juin de l'année suivante que j'opérai de nouveau mademoiselle V..., après sept à huit mois écoulés depuis la transformation de la fente du voile du palais en une ouverture oblongue. Cette ouverture était d'un tiers environ moins grande qu'elle ne l'avait été primitivement. Depuis plusieurs semaines, elle n'avait éprouvé

aucun changement. La nouvelle opération ne fut pas très laborieuse. Les premiers jours qui la suivirent se passèrent sans orages; tandis que, lors de la première, la jeune malade avait éprouvé un malaise général, une grande agitation, et les symptômes d'un léger catarrhe : elle n'avait pu contenir quelques efforts de toux ; et de tout cela avait dépendu, sans doute, la désunion, heureusement incomplète, des deux parties du voile du palais. Quand je retirai les fils, l'ouverture paraissait close; mais après deux jours elle redevint béante, au milieu seulement; dans l'intervalle des deux points de suture, parut un nouvel hiatus, de forme à peu près circulaire, un trou de la grandeur d'une lentille, dont les bords se cicatrisèrent bientôt, mais qui menaçait de persister indéfiniment. C'est alors que j'eus recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent, dans le but et avec l'espérance d'obtenir l'occlusion de cette ouverture. J'y procédai comme je l'avais fait chez le jeune Espagnol. Le résultat fut le même. Après trois semaines environ, pendant lesquelles je portai trois ou quatre fois le nitrate d'argent, et deux fois un très petit cautère actuel terminé en olive, il n'y eut plus trace aucune du trou qui avait existé au voile du palais. La jeune personne, qui était restée à Paris pendant tout le temps intermédiaire aux deux opérations que j'ai eu à lui pratiquer, put rentrer dans sa famille avec une conformation parfaitement régulière de l'isthme du gosier.

VI.

Je l'avais entrevu dès l'abord, je l'ai dit dans mon premier travail, et le temps n'a fait que me fortifier dans ma manière de voir, — la staphyloraphie n'est point une opération qu'on doive pratiquer chez les très jeunes sujets. En cela, elle diffère de celle du bec-de-lièvre, qu'à la rigueur on peut faire, et qu'on fait bien souvent avec succès sur des enfants en très bas âge, bien qu'en général il soit

mieux de la retarder jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans. Ici du moins, en se hâtant, il y a l'avantage de faire disparaître le plus tôt possible une difformité plus ou moins choquante; et si, comme cela n'est que trop fréquent, un bec-de-lièvre, ou simple, ou double, accompagne une fissure de la voûte palatine, cette fissure disparaît d'autant plus promptement, elle se ferme d'autant plus régulièrement après la restauration de la lèvre, que cette restauration a eu lieu à une époque plus rapprochée de la naissance. Assurément il serait bon aussi qu'un sujet qui a le voile du palais bifide en venant au monde ne conservât pas longtemps cette difformité. S'il se pouvait qu'on l'en délivrât dans les premiers temps de sa vie, il grandirait sans avoir connu les incommodités diverses qu'elle occasionne; surtout, il aurait de bonne heure la parole libre et facile, et dans le cas où il y aurait en même temps fissure de la voûte palatine, le rapprochement des deux parties de cette voûte s'effectuerait avec promptitude, par le fait même de la reconstitution du voile du palais. De même, à partir de l'époque de la vie où la staphyloraphie devient praticable, le résultat sous ce dernier rapport est d'autant plus sûr, et se fait d'autant moins attendre, que l'opération a été moins retardée.

Mais tous ces avantages, qu'on pourrait espérer de la reconstitution du voile du palais chez un enfant, et qu'elle procurerait en effet, il faut renoncer à les obtenir. A mon sens, ce serait trop hasarder que d'entreprendre une telle œuvre sur des sujets dont la raison n'est point encore développée. Non, pour qu'elle puisse être faite avec précision, et amenée à une fin heureuse, il faut une grande

bonne volonté de la part de l'individu qui a à la subir; il faut qu'il ait le sentiment de son incommodité, et le vif désir d'en être délivré; qu'il se sente le courage nécessaire pour affronter la douleur, et qu'il soit capable de se surveiller lui-même après l'opération terminée; il faut que ses forces et sa patience lui permettent de supporter certaines privations, certains assujettissements, sans lesquels on ne peut guère compter sur le succès. Rien ne peut être ni commencé, ni poursuivi, ni terminé sans son concours, sans sa volonté, sans sa participation. Ce n'est pas trop du degré de raison, et de la force de caractère que l'homme possède à dix-huit ou vingt ans : mais cela suffit, et il convient de profiter de cette première époque favorable, afin que les sujets qui ont eu jusque-là à souffrir des torts de la nature puissent jouir aussitôt que possible des avantages que l'art peut leur procurer. Quelques années de retard leur donneraient seulement peut-être une résignation plus grande, un courage plus affermi, sans les mettre sous d'autres rapports dans des circonstances plus favorables.

Avant l'âge de dix-huit ou vingt ans, quelle autre époque de la vie voudrait-on choisir pour opérer un sujet venu au monde avec le voile du palais bifide? Serait-ce la première enfance? Si, au lieu de la staphyloraphie proprement dite, il pouvait s'agir seulement de provoquer le rapprochement de proche en proche, et l'adhésion des bords d'une division du voile du palais par des cautérisations successives, même avec un bouton de feu, un tel procédé ne serait point inexécutable. Quoique je n'y aie jamais eu recours chez des enfants nouveau-nés, ni sur des enfants de quelques mois seulement, je ne désapprouverais pas qu'on se

laissât aller au désir de l'expérimenter ; je suis à peu près persuadé que cela pourrait être fait sans inconvénient. Mais quelles difficultés ne présenteraient pas le placement de deux ou trois fils pour deux ou trois points de suture, et l'avivement des bords de la division, et les manœuvres nécessaires pour compléter la suture elle-même, c'est-à-dire pour nouer les fils ! Ce sont là les trois choses principales dont se compose la staphyloraphie ordinaire, lesquelles encore comprennent, chacune en particulier, plusieurs actes distincts les uns des autres ! Comment maintenir ouverte la bouche d'un enfant de quelques jours, de quelques semaines, ou même de quelques mois ? Comment faire pour suspendre, ou seulement pour modérer ses cris ? Comment faire aussi pour que, dans certains moments, le sang ne masque point les parties sur lesquelles il faudrait pouvoir agir avec une certaine célérité ? Et s'il venait à couler tant soit peu abondamment, comment éloignerait-on un danger possible, non pas tant à cause de la grande quantité de sang perdu, qu'à cause de son introduction dans le pharynx, peut-être même dans les voies aériennes ? Il en faut si peu chez un enfant en bas âge pour obstruer l'entrée du larynx, ou le larynx même ! Et supposons qu'on ait franchi heureusement tous ces écueils, comment prévenir les secousses imprimées au voile du palais par les cris si souvent répétés d'un enfant au berceau, de celui même qui souffre le moins ? Puis, comment éloigner cette autre cause de déchirure des parties embrassées par les fils, savoir les mouvements de l'isthme du gosier nécessaires à la déglutition ? Pour cela il faudrait pouvoir priver l'enfant de toute alimentation pendant plusieurs

jours. Et le moment étant venu d'enlever les ligatures appliquées sur un voile du palais si mou, si mince, si peu résistant, n'aura-t-on pas de nouvelles difficultés à vaincre pour retirer les fils? N'y aura-t-il pas les chances les plus grandes pour que tout travail de réunion soit promptement détruit par les moindres cris de l'enfant, par les plus petits mouvements de déglutition?

Je dois avoir plus que qui que ce soit l'habitude de conduire et de faire agir des instruments sur l'isthme du gosier. Je dois connaître toutes les variantes dont sont susceptibles les manœuvres ou les actes divers de la staphyloraphie. Plus que qui que ce soit, je dois être familiarisé avec toutes les difficultés particulières à cette opération, avec tous les artifices par lesquels on peut en triompher. Je ne le suis pas moins avec les soins consécutifs dont le patient doit être environné, si l'on veut que jusqu'au moment définitif tout concoure à un résultat heureux. Eh bien, je ne voudrais pas être mis en demeure de tenter autrement que par les cautérisations successives la restauration du voile du palais sur un enfant en bas âge. Je reculerais devant une telle entreprise. Ce ne sont pas tant les difficultés qui retiendraient ma main, que la crainte de compromettre l'existence, déjà si précaire, d'un enfant de quelques semaines ou de quelques mois, et la trop grande incertitude d'un résultat favorable. D'autres peut-être seront plus entreprenants. Déjà, l'un de nos jeunes chirurgiens, qui ne s'est repenti qu'à demi de sa hardiesse, me faisait part, il n'y a pas longtemps, d'un cas dans lequel il s'est hasardé à faire une staphyloraphie véritable et complète sur un sujet presque nouveau-né ; c'était sur un enfant de

quatre mois. Elle n'a pas réussi, et l'enfant n'aura point à la subir de nouveau, car il a cessé de vivre. Toutefois il n'a pas succombé aux suites mêmes de l'opération; il y avait survécu plusieurs mois. Mais, les difficultés de l'opération, bien qu'elles aient été grandes, avaient été aplanies jusqu'à un certain point par l'existence d'un bec-de-lièvre, et aussi, comme il semble que cela pourrait être chez tous les très jeunes sujets, par le peu de profondeur de la bouche. Mais, pendant l'opération, m'a-t-il été dit, le peu de sang que fournissaient les petites plaies était entraîné par les mouvements de la langue, et masquait à peine les parties sur lesquelles il fallait agir. Mais enfin, il y avait eu un commencement d'adhésion entre les deux parties du voile du palais, et la désunion ne s'est opérée que consécutivement à l'extraction des fils qui avaient servi à la suture, deux ou trois jours après même, si je me le rappelle bien.

N'ai-je pas aussi mentionné déjà dans mon premier travail sur la staphyloraphie une entreprise assez hardie de M. Montain jeune, de Lyon? Cette opération était à peine créée, à peine connaissait-on les premiers résultats que j'en avais obtenus, que M. Montain se rencontra avec moi dans la pensée de provoquer chez les très jeunes sujets le rapprochement des deux parties de la voûte palatine, dans les cas où une fissure de cette voûte coïncide avec une division congénitale du voile du palais. Comme moi il eut l'idée d'une double compression sur les côtés de la mâchoire supérieure. Une fois donc, il a tenté et obtenu ce rapprochement des deux bords de la fente du palais, chez un enfant presque nouveau-né. Il a travaillé

ensuite à faire adhérer ces dernières parties l'une à l'autre; et le succès a couronné son œuvre. Seulement au lieu de faire une opération sanglante et de pratiquer des points de suture, il s'était contenté de cautériser à plusieurs reprises les bords de la division.

Ce n'est pas non plus sur un enfant de quelques années seulement, comme de quatre, cinq, ou six ans, qu'on pourrait entreprendre la staphyloraphie avec quelques chances de succès. Les conditions seraient peut-être plus favorables que chez un enfant nouveau-né, ou un enfant de quelques mois, pour tout ce qui doit suivre l'opération une fois terminée, et en définitive, pour l'adhésion qu'il s'agit d'obtenir. Mais que d'embarras, que d'obstacles ne ferait pas naître, pour l'opération elle-même, l'impatience, l'indocilité si naturelle aux enfants chez lesquels la raison en est encore à ses premiers développements! Comment arriverait-on à faire bien au milieu de l'agitation, des cris d'un enfant tout entier à l'appréhension de la douleur, usant par instinct de tous les moyens que la nature a mis à sa disposition pour s'y soustraire, et sur lequel le langage de la persuasion n'aurait aucune prise? L'habileté la plus grande échouerait probablement. Je n'ai jamais voulu rechercher un triomphe de hasard.

Une fois cependant je suis parvenu, chez un enfant de quatre ans, comme je vous l'ai dit, à réunir une plaie à lambeau qui avait été faite vers le centre du voile du palais par le manche d'une petite raquette : mais, la plaie était toute récente; il n'y avait point d'avivement à faire; j'ai engagé un seul fil en anse dans le sommet du lambeau; j'en ai ramené les bouts, à travers la plaie, dans l'une des

narines pour les faire sortir par l'ouverture antérieure. Et combien cela devait être simple, et l'a été, en comparaison de tout ce qu'il y a à faire dans une staphyloraphie complète, de tout ce dont se compose la suture du voile du palais pour une division congénitale! D'ailleurs il y avait nécessité pressante d'agir; l'art ne pouvait pas encourir le reproche de rester inactif en pareille occurrence, quand même il m'aurait fallu surmonter des difficultés plus grandes encore que celles contre lesquelles j'ai eu à lutter. Je l'ai dit, l'enfant montra, sinon du courage, du moins une certaine docilité. Je n'en fus pas très surpris. C'est une chose assez remarquable que les enfants, par je ne sais quelle disposition instinctive, se montrent plus patients, plus dociles, et moins sensibles à la douleur quand on leur porte secours pour un mal qui les effraie, ou qui déjà leur cause quelque souffrance, que lorsqu'il faut les soumettre à une opération dont ils ne comprennent ni le but ni la nécessité.

Il semble qu'on pourrait profiter de l'une des années par lesquelles finit la première jeunesse, de cette époque de la vie où l'homme, bien que jeune encore, peut déjà consentir à supporter quelques souffrances pour être délivré d'une grande incommodité. Oui, rigoureusement, la staphyloraphie est praticable sur un sujet de treize ou quatorze ans, surtout s'il a une raison un peu précoce, et si son développement physique est très avancé. Rigoureusement aussi l'œuvre pourrait être couronnée de succès. Mais que de chances encore pour qu'il en soit autrement! Combien peu il faut compter sur une patience soutenue, et sur une volonté ferme, à l'époque de la vie dont il s'agit. Ce

n'est pas l'âge auquel l'homme consent froidement à supporter la douleur ; et pour une opération qui, plus qu'aucune autre, exige que l'individu qui la subit y concoure par sa docilité, le courage d'un jeune homme ou d'une jeune personne de quatorze ou quinze ans faillira dans le plus grand nombre des cas. Le plus ordinairement, j'en suis persuadé, il faudrait laisser inachevée une œuvre entreprise avec trop de confiance. Trois fois cependant j'ai eu à faire la suture du voile du palais sur des sujets de l'âge dont il s'agit ; dans les trois cas, j'ai pu terminer l'opération à très peu près au gré de mon désir, je veux dire sans grandes imperfections, mais non pas sans avoir eu à vaincre beaucoup de difficultés.

L'un des individus était une jeune Française qui n'avait pas encore atteint sa quinzième année ; les deux autres étaient deux jeunes Anglais, dont l'un avait treize ans, et l'autre un peu moins de quatorze. J'avais cédé aux instances des parents, et je m'étais laissé séduire aussi par l'assurance que les jeunes patients m'avaient donnée qu'ils supporteraient avec courage ce qu'il y avait à leur faire. Je trouvai un peu moins de raison et de docilité chez la jeune demoiselle que chez les deux jeunes Anglais. Tout n'était pas naturel dans la patience et le courage que ceux-ci manifestèrent ; un petit sentiment d'orgueil, peut-être même de fierté nationale, y entra pour quelque chose. Cela fut manifeste surtout pour l'un d'eux qui, au moment où je le félicitais sur le courage qu'il avait montré, prit aussitôt une plume, et me manda par écrit que très probablement je n'aurais pas pu terminer sur un jeune Français de son âge l'opération que je venais de lui faire. Mais aucune de ces

trois staphyloraphies n'a réussi : dans les trois cas il y a eu section du voile du palais, par un ou par deux des fils, avant le moment où je devais enlever les points de suture; puis séparation complète des parties dont j'avais un moment espéré la réunion.

Dans les trois cas une circonstance a dû contribuer à l'événement, comme elle y contribuerait sans doute sur d'autres sujets aussi jeunes. C'est l'inanition des individus, c'est l'abattement général, la prostration des forces qu'avait causés une privation complète d'aliments pendant trois jours. Car je compte pour bien peu l'alimentation au moyen de substances nutritives introduites par quarts de lavement dans le gros intestin. On le sait, l'homme dans l'état de santé supporte d'autant plus difficilement l'abstinence qu'il est plus jeune : une privation complète d'aliments pendant plusieurs jours détermine dans toute l'économie une perturbation bien plus grande chez un jeune homme de douze ou quinze ans, que chez un sujet plus âgé. Et cette perturbation, ne consistât-elle que dans un certain appauvrissement du sang, et dans l'imbécillité des forces générales, ne peut être que contraire au travail qui doit s'opérer dans le voile du palais, pour que la staphyloraphie réussisse. Sans cette nécessité où l'on est de priver les patients de toute alimentation par les voies ordinaires, peut-être compterait-on encore plus d'événements heureux à la suite de cette opération. Même pour des sujets de dix-huit ou vingt ans, c'est une dure condition, et un écueil difficile à franchir, que trois ou quatre jours d'une abstinence complète. J'en ai vu qui, arrivés au terme, étaient anéantis ; à peine pouvaient-ils se tenir debout; ils avaient la figure décom-

posée; leur haleine était brûlante, et leur bouche exhalait une odeur presque fétide. Il était bien temps que je leur permisse de prendre du bouillon, des potages clairs, et un peu de vin; en un mot, que je rompisse la diète absolue qu'ils avaient dû subir. C'est ce que j'ai l'habitude de faire immédiatement avant d'enlever les points de suture.

VII.

Je passe avec vous, mon cher ami, à un autre sujet de remarques. Telle je l'ai conçue tout d'abord, telle je l'ai pratiquée pour la première fois, et telle la staphyloraphie est restée dans mes mains, pour les cas ordinaires, c'est-à-dire pour les divisions congénitales du voile du palais. Je ne lui ai fait subir aucune modification. Je m'exprimerais peut-être plus exactement, en disant que je n'ai rien changé aux bases ni aux principaux détails du procédé opératoire. Mais il a fallu modifier ce procédé pour le rendre applicable aux fissures du voile du palais avec bifidité de la voûte palatine; de même que besoin a été d'y ajouter ou d'en retrancher quelque chose, pour étendre la staphyloraphie aux simples perforations, soit du voile du palais, soit de la voûte palatine. L'uranoplastie ne pouvait être qu'une imitation de la staphyloraphie proprement dite.

Pour celle-ci, ce n'est pas seulement l'habitude de faire d'une certaine manière, et cet attachement bien excusable pour ce qu'on a créé, qui me font tenir au mode d'exécution par lequel j'ai débuté dans l'opération dont il s'agit. Non, j'ai la conviction la plus entière qu'il présente au plus haut degré la condition la plus désirable dans tout procédé opé-

ratoire, la simplicité, à la fois dans les moyens et dans le mode d'exécution. Je le crois approprié le mieux possible aux difficultés de différentes sortes que peut présenter la suture du voile du palais ; c'est par lui que ces difficultés peuvent être le mieux surmontées. Je n'approuve qu'à demi quelques changements, certaines modifications qui y ont été apportés.

Les principales difficultés auxquelles il faut s'attendre proviennent de la disposition naturelle des parties sur lesquelles on doit agir, de la profondeur à laquelle elles sont situées, de leur peu d'étendue, de leur exquise sensibilité, de leur extrême mobilité. Y ont aussi quelque part l'impatience et le peu de docilité des sujets, qui auraient tant à gagner cependant à se montrer plus soumis et plus patients. On ne peut vraiment en triompher qu'à force de soins, d'attention, qu'avec beaucoup d'adresse et de présence d'esprit. Ici, autant au moins que dans un grand nombre d'autres opérations, les manœuvres les plus simples sont celles par lesquelles on atteint le but plus sûrement ; il n'y a pas à tirer un grand parti d'instruments compliqués. Je persiste donc à suivre et à recommander les règles auxquelles je me suis assujetti dès mes premières staphyloraphies ; comme je persiste dans le même mode d'exécution pour tous les détails dont l'opération se compose.

Dans toute staphyloraphie, il y a à aviver les bords de la division du voile du palais, et cet avivement doit être fait avec l'instrument tranchant. Il y a ensuite à appliquer un moyen de rapprochement et de coaptation des parties qui viennent d'être mises à l'état de cruentation : ce moyen ne peut être que la suture. La disposition du lieu où l'on

opère exclut tout autre mode de synthèse ; et, parmi les différentes sortes de sutures, celle qu'on nomme suture simple, entrecoupée ou à points séparés, est la seule convenable. J'ai ouï dire, cependant, que quelques personnes avaient songé à la suture entortillée. La seconde partie principale de l'opération se compose de deux temps bien distincts : le placement ou l'introduction de petites ligatures rubanées, au nombre de deux, ou de trois ; et la formation des nœuds au moyen desquels ces deux ou trois ligatures sont transformées en autant de petits anneaux qui embrassent, étreignent, rapprochent et maintiennent en contact les bords de la division mis à l'état sanglant.

Ainsi, l'avivement de ces bords, le placement des fils, et la formation des nœuds pour transformer chaque ligature en un petit anneau complet, voilà les trois choses principales que comprend toute staphyloraphie : je devrais plutôt dire, le placement des fils, l'avivement des bords de la fissure et la formation des nœuds pour compléter la suture. C'est dans cet ordre, en effet, que les trois temps principaux de l'opération doivent se succéder : il faut avoir placé les ligatures, les avoir engagées chacune par leurs extrémités, qui doivent être tournées en avant, dans les deux parties du voile du palais, à quelque distance des bords de la division, avant de songer à l'avivement de ces bords. Je n'ai jamais fait autrement. Il y aurait de grands inconvénients à s'écarter de cette règle.

Je le sais, et j'avais prévu cela dès que je fus conduit à méditer pour la première fois, sur la staphyloraphie : placés en commençant, les fils embarrassent pour ce qui doit suivre ; les anses qu'ils forment au delà du voile du

palais, dans le pharynx, rendent moins facile le jeu de l'instrument, des ciseaux ou du bistouri boutonné, avec lequel on procède à l'avivement. Ce serait chose possible que, d'un côté, à droite ou à gauche, l'un de ces fils vînt à être coupé, et qu'il fallût le remplacer par un autre, ou tout au moins le réintroduire par l'une de ses extrémités. Ce contre-temps, je l'ai éprouvé plusieurs fois. Mais, ai-je dit dans mon premier Mémoire, à côté de tels inconvénients, se trouvent des avantages notables. Une fois transpercées de chaque côté et sur plusieurs points, puisqu'on a placé deux au moins, ou même trois ligatures, les différentes couches membraneuses qui composent le voile du palais restent superposées les unes aux autres; leurs rapports naturels ne peuvent pas changer. Quand on vient à faire l'avivement, ou plutôt quand celui-ci est terminé, les surfaces saignantes qui en résultent, et qu'on va bientôt mettre en contact, restent nettes et régulières; cela n'aurait peut-être pas lieu en procédant d'une autre manière.

Et si, à raison de l'impatience, de la pusillanimité du sujet qu'on opère, si à cause de son peu de résignation, il y avait absolue nécessité de discontinuer l'opération, on aurait seulement à retirer le fil ou les fils déjà placés. Les piqûres faites par les aiguilles se fermeraient bien promptement; il n'y aurait pas de plaies à cicatriser sur les bords de la division; et le voile du palais n'ayant éprouvé aucune perte de substance, rien de ce qui aurait été fait ne pourrait nuire à une opération future. Cette obligation dans laquelle on peut être de suspendre une staphyloraphie commencée, et déjà même assez avancée, je l'ai subie deux fois, et à deux époques assez rapprochées l'une de l'autre.

Sur deux sujets de dix-sept à dix-huit ans, et que j'avais crus doués d'une raison suffisante, il m'a fallu remettre à un temps plus éloigné une opération dont le succès eût été compromis, si j'avais voulu lutter contre leur agitation et leur impatience. Dans chacun de ces deux cas j'avais presque terminé l'application des fils : c'était sur deux jeunes demoiselles. J'ai opéré plus tard l'une des deux seulement : ç'a été avec succès, et je me suis bien félicité d'avoir eu à agir sur un voile du palais, dont les deux moitiés étaient dans leur intégrité première. Si mince, en effet, que soit le lambeau qu'on détache de chaque côté dans l'avivement, toujours est-il que le voile du palais a perdu quelque chose de ses dimensions en largeur ; il est donc moins avantageusement disposé si l'on doit entreprendre une seconde opération après une première qui n'a pas réussi, ou après une première qu'on n'a pas pu terminer.

Je n'entends pas dire toutefois qu'une opération nouvelle doive, à cause de cela, et à cause de cela seulement, présenter des difficultés extraordinaires ; ni, non plus, que le succès en soit moins probable de beaucoup que dans toute autre circonstance : mais on peut craindre un peu plus qu'elle ne réussisse pas ; et la réussite a quelque chose de plus remarquable. Je compte quelques succès après des staphyloraphies faites itérativement sur des sujets qui avaient été opérés inutilement une première fois. Tout remarquables que ces cas peuvent être, il serait superflu que je les exposasse ici en détail. En effet, présentés sous ce point de vue, ils fourniraient seulement la preuve de ce que je viens d'établir ; ils ne diraient rien de plus. Un seul a été accompagné de circonstances assez particu-

lières pour que je croie devoir vous le raconter. Le voici en peu de mots. Il y avait eu désunion complète des parties après la première opération; et la seconde a donné lieu, au contraire, à une des plus belles restaurations du voile du palais que j'aie vues. Les deux opérations furent faites à un an ou quinze mois d'intervalle l'une de l'autre, en 1825 et 1826.

Observation. — Le sujet était un homme de trente-trois ans, chez qui la division congéniale du voile du palais était complète, mais simple, c'est-à-dire sans déformation aucune de la voûte palatine : même disposition normale de la lèvre supérieure. Malgré tout ce que sa parole avait eu de défectueux, M. D... avait pu recevoir une éducation soignée, et, en donnant cours à ses dispositions naturelles, il était parvenu à un rang assez élevé dans la magistrature : mais il y remplissait des fonctions autres que celles qui réclament tout au moins du charme dans la voix, et une certaine facilité d'élocution. Je lui fis la première opération au mois de juillet 1825; Astley Cooper, qui cette année-là était venu nous visiter, y assista : l'exécution en fut parfaite, et rien ne fut omis dans les soins consécutifs, et les précautions qui pouvaient en assurer le succès. Je n'eus à reprocher à M. D... aucune imprudence. Mais, pendant l'été de 1825, les chaleurs furent excessives ; tout en ayant profité, pour pratiquer cette opération, de quelques jours où la température n'était pas trop élevée, j'eus la crainte que le malade n'éprouvât une trop grande sécheresse de la bouche, et ne souffrît trop de la privation de toute boisson. Sans attendre qu'il fût pressé par le sentiment de la soif, et presque à partir du moment où l'opération fut terminée, je lui prescrivis de mettre fréquemment dans sa bouche, et d'y laisser fondre, des morceaux de glace, avec l'attention de rejeter l'eau, dès qu'elle serait échauffée. Je n'avais pas prévu, et il ne m'était pas venu un moment à la pensée qu'une telle réfrigération, continuellement entretenue dans l'intérieur de la bouche, pourrait avoir

un effet répercussif; que peut-être elle empêcherait le développement de l'inflammation adhésive, au moins au degré suffisant pour la jonction parfaite des deux parties du voile du palais. Je n'ai jamais eu, et je n'ai pas encore, comme bien on pense, la certitude que cela ait été la véritable cause du non-succès de l'opération. Le fait est cependant que l'inflammation s'était à peine développée : il n'y eut pas désunion consécutivement à une réunion ou incomplète ou trop légère, comme cela arrive assez souvent. Je n'avais pas eu non plus à observer cette phlogose assez intense du voile du palais, avec production sur les bords de la plaie, entre les points de suture, d'une matière glutineuse, qui, lorsqu'elle advient, est pour moi d'un mauvais augure, et m'annonce qu'il n'y aura point adhésion. Non, et pourtant lorsque je crus devoir retirer le fil, c'était au cinquième jour, il n'y avait pas le moindre indice de réunion. N'était l'agrandissement des ouvertures qui avaient été faites par les aiguilles, les deux parties du voile du palais semblaient être dans l'état où elles se trouvaient au moment où elles avaient été rapprochées par la suture : immédiatement elles se séparèrent l'une de l'autre. Je n'avais encore jamais eu recours à l'introduction souvent répétée dans la bouche de glace pilée ou d'un liquide très froid, après la staphyloraphie, dans le but de tempérer l'ardeur et le malaise si grand qui, pendant une saison chaude, résultent infailliblement d'une abstinence complète de boissons. C'était la première fois que j'avais usé d'un tel expédient pour tromper la soif; je me suis bien gardé d'en user de nouveau ni pour M. D..., ni pour d'autres sujets en pareille occurrence : je permets seulement que la bouche soit humectée de temps à autre avec de l'eau simple, ou avec quelque autre liquide plus agréable au goût.

M. D... avait trop le désir de bien parler ; il avait trop bien compris la cause probable du non-succès de l'opération que je lui avais pratiquée; il comprenait trop bien aussi qu'une nouvelle tentative offrait tout autant de chances de réussite que la première, pour ne pas vouloir être opéré de nouveau aussitôt

que cela serait possible. Cependant, comme il n'était pas libre de tous ses instants, et qu'habitant une ville assez éloignée de Paris, il ne pouvait pas facilement la quitter, à cause des fonctions qu'il y remplissait, quinze ou dix-huit mois s'écoulèrent avant le temps où il vint me retrouver, et où j'eus à lui faire une nouvelle opération. Tout se passa comme la première fois, au moins relativement aux circonstances de l'opération elle-même. M. D... supporta également bien les nouvelles souffrances et les nouvelles privations qu'il eut à subir. Cette fois, il reçut le prix de sa résignation : le résultat de cette seconde staphyloraphie fut remarquablement beau. Il faut qu'avec le temps, et en s'exerçant beaucoup, M. D... soit parvenu à une grande perfection de langage. Je crois savoir, en effet, qu'à une certaine époque il a échangé les premières fonctions qu'il remplissait dans la magistrature, pour d'autres qui exigeaient un exercice fréquent de la parole. Peut-être les remplit-il encore.

Voilà pour l'ordre suivant lequel il convient le mieux, à mon sens, de pratiquer successivement les trois temps dont la staphyloraphie se compose : je devrais plutôt dire les deux premiers temps ; car ce sont ceux-ci seulement qu'on peut faire succéder l'un à l'autre de deux manières différentes. Quant aux détails de l'exécution, les voici tels qu'ils furent arrêtés dans ma pensée lorsque je me hasardai, pour la première fois, à faire la suture du voile du palais, et tels qu'ils ont été dans les si nombreuses opérations de cette sorte que j'ai pratiquées jusqu'à présent. Je vous l'ai déjà dit, ils n'ont subi de ma part de changements que pour les cas de fissure de la voûte palatine compliquant la division du voile du palais lui-même ; et encore l'opération ne diffère-t-elle alors de ce qu'elle est dans les cas simples, qu'en ce qu'après avoir placé les fils

et pratiqué l'avivement jusqu'à l'épine nasale, je fais de chaque côté une section transversale au voile du palais, pour séparer chacune de ses parties de l'os palatin correspondant. C'est comme cela seulement qu'on peut ensuite les rapprocher l'une de l'autre, en haut, jusque sur la ligne médiane. Permettez-moi d'ajouter tout de suite qu'il faut s'attendre à voir les deux petites plaies, qui résultent de cette double incision transversale, faite près des parties d'où le voile du palais tire ses vaisseaux, fournir une quantité de sang assez considérable. Cela n'a pas le caractère d'une hémorrhagie proprement dite ; du moins cette petite hémorrhagie cesse-t-elle assez promptement. Mais une précaution qu'il faut avoir dans les cas de cette sorte, c'est d'attendre, pour nouer les fils, que le sang ait cessé de couler. Autrement, et surtout si c'est le fil inférieur qu'on a noué le premier, il pourrait arriver qu'un caillot se formât très promptement au-dessus de l'anse formée par ce fil, et se trouvât retenu entre les bords avivés de la division.

C'est vraiment une chose bien remarquable que cette extension dont le voile du palais devient susceptible dans sa partie la plus élevée, du moment qu'il a été détaché du bord postérieur de la voûte palatine. Je crois avoir été bien inspiré le jour où la pensée m'est venue de le couper ainsi en travers pour rendre la staphyloraphie applicable aux cas dans lesquels il y a diduction des deux moitiés de la voûte palatine. Sans cette ressource, et je ne m'en étais que trop convaincu auparavant, les cas de ce genre eussent été irrémédiables : le champ de la staphyloraphie eût été très restreint. Mais il y a deux précautions importantes à pren-

dre quand on doit joindre à l'opération principale cette séparation des deux parties du voile du palais d'avec la voûte palatine. D'abord il ne faut pas placer trop haut le fil destiné au point de suture le plus élevé; il faut l'éloigner assez du bord postérieur de la voûte palatine, pour ne pas être exposé plus tard à le couper en faisant agir l'instrument. Puis, quand le moment est venu de faire chacune des deux sections transversales, il faut, après avoir porté le tranchant du bistouri sous la pointe que forme chaque portion de l'épine nasale postérieure, lui faire suivre la courbure du bord libre de l'os palatin, en côtoyant ce bord jusqu'à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde.

Soit donc maintenant une division simple du voile du palais : le malade est assis, il a la tête appuyée sur la poitrine d'un aide; je place trois ligatures, ou deux seulement, selon que la fissure s'étend jusqu'à l'épine nasale, ou bien qu'elle est bornée à une partie du voile du palais. On peut même concevoir une division si peu étendue, que strictement un seul point de suture pourrait suffire. Chaque ligature est formée de deux ou trois fils unis entre eux avec de la cire et, autant que possible, disposés en un petit ruban; elle doit être assez longue pour que les bouts, après qu'elle est mise en place, en soient pendants hors de la bouche. Quand je fais trois points de suture, et c'est le cas le plus ordinaire, je place le fil inférieur immédiatement au-dessus du bord libre du palais, à peu près à la hauteur de la base de la luette; et le supérieur, autant que je le puis, au niveau de l'angle ou de la commissure de la division; le troisième doit partager également l'intervalle des deux premiers. C'est par le troisième que je finis, et

je commence toujours par l'inférieur. Il faut qu'ils soient engagés, de chaque côté, à trois lignes environ du bord de la division ; on peut aller jusqu'à quatre lignes de distance. En se rapprochant trop du bord libre, on s'exposerait à plus de difficultés pour bien faire l'avivement, et il se pourrait qu'après la suture terminée les parties embrassées dans chaque point de suture fussent promptement coupées par le fil, à cause de leur peu d'épaisseur.

Premier temps. J'introduis les deux bouts de chaque ligature, l'un à droite, l'autre à gauche, tous deux d'arrière en avant. Ils ont été par avance armés, chacun en particulier, d'une aiguille, à moins qu'on n'aime mieux faire servir la même aiguille pour les deux bouts de chaque ligature en la faisant passer de l'un à l'autre. J'emploie des aiguilles courbes, légèrement aplaties de la concavité à la convexité, qui représentent la moitié d'un cercle de six à huit lignes de diamètre. Un tel instrument ne peut pas être porté avec les doigts seuls au delà de la division que présente le voile du palais. Je l'y conduis, et le fais manœuvrer au moyen d'un porte-aiguille qui ne diffère guère de tous les instruments de ce genre depuis longtemps employés en chirurgie, qu'en ce qu'il est assez long pour que des mouvements lui soient imprimés facilement avec la main placée hors de la bouche. Il doit être assez fort pour que l'aiguille, une fois saisie par la tête, ou par la partie à laquelle tient la ligature, et serrée au moyen de l'anneau qui rapproche les deux branches de la pince, soit parfaitement immobile ; il faut qu'il soit assez bien construit pour qu'on puisse lui faire abandonner l'aiguille sans que celle-ci éprouve aucune secousse, et sans qu'on soit exposé à la

voir abandonner l'ouverture déjà faite au voile du palais.

On pourrait, avant de donner chaque coup d'aiguille, fixer et tendre un peu chaque portion du voile du palais, en la saisissant près de la luette avec une pince. Mais c'est beaucoup déjà qu'il faille procéder de la sorte pour l'avivement; et je préfère placer les ligatures en abandonnant le voile du palais à lui-même. Sans doute, il s'agite, se rétracte, et semble fuir à l'approche de l'instrument. Mais cette rétraction ne dure pas, et en ne se hâtant pas trop, un moment vient où, pour chaque point de suture, l'aiguille étant portée jusque dans le pharynx, sa concavité tournée en avant, on peut en plonger la pointe en dehors et à une distance convenable du bord de la division : on pénètre par le côté pharyngien du voile du palais, qui se trouve ainsi transpercé d'arrière en avant. Je fais saillir cette pointe du côté de la bouche, assez pour pouvoir bien la saisir avec une pince à anneau; je dégage ensuite le porte-aiguille, ou plutôt je lui fais abandonner l'aiguille, sur laquelle il ne s'agit que d'exercer une légère traction pour la ramener au dehors, et engager dans l'ouverture qu'elle vient de faire le fil dont elle est garnie. La même manœuvre est répétée de la même manière autant de fois qu'il y a de bouts de fil à faire pénétrer : trois fois, ou deux fois de chaque côté, selon qu'on a décidé de placer trois ligatures ou deux seulement. Après que les deux bouts de chaque fil sont engagés, on les réunit provisoirement, hors de la bouche, par un nœud bouclé, jusqu'au moment où l'on devra s'en servir pour rapprocher les parties qu'elles embrassent. Ne voyez-vous pas d'ailleurs, que sans cette précaution, il pourrait arriver que, si par mégarde, par inat-

tention, ou par quelque autre circonstance fortuite, l'un des bouts était soumis à une traction un peu forte, tout le fil abandonnât les ouvertures faites au voile du palais, et qu'il fallût ainsi l'y réintroduire ?

Deuxième temps. Vient ensuite l'avivement des bords de la division. Je le fais toujours de bas en haut, c'est-à-dire que je commence vers le bord libre du voile du palais sur la petite portion de la luette qui fait mamelon, et que je termine du côté de la voûte palatine. Je me sers d'abord de ciseaux coudés à angle obtus, qui ont cela seulement de particulier, que les branches en sont un peu longues, et que les lames, au contraire, en sont courtes, en même temps qu'elles sont droites et minces ; j'emploie ensuite un bistouri droit boutonné. A partir du milieu de la hauteur du voile du palais, ce dernier instrument est le seul qu'on puisse faire marcher. Pendant qu'on le fait agir, en lui imprimant des mouvements d'allée et de venue, il faut veiller à ne pas entamer les fils qui font des anses en arrière. On évite ce contre-temps autant que possible en abaissant ces anses sous le dos de la lame du bistouri. De chaque côté j'étends l'incision jusqu'un peu au-dessus de l'angle de réunion des bords de la fente ; indépendamment de quoi, j'enlève le premier lambeau aussitôt qu'il est terminé, ou bien je le laisse momentanément attaché par son sommet, pour réunir la seconde incision à la première, et enlever les deux lambeaux en même temps. On ne peut faire bien agir et les ciseaux et le bistouri boutonné avec la main droite que pour tailler le lambeau du côté gauche. Besoin est de tailler celui du côté droit avec la main opposée. Soit pendant qu'on agit pour former chacun des deux

lambeaux, soit au moment où l'on noue les fils pour terminer la suture, il y a nécessité d'absterger le sang à l'aide d'une petite éponge portée avec une pince à anneaux ordinaire, ou bien avec le même instrument qui a servi de porte-aiguille.

Mais on ne peut agir sur chacun des bords de la division pour en faire l'avivement sans l'avoir préalablement saisi à la partie inférieure : il faut qu'il soit mis dans un certain degré de tension. Je me sers presque toujours d'une pince ordinaire, qu'on peut remplacer par une pince terminée par de petits crochets. C'est la portion de luette qui se trouve de chaque côté qu'il faut saisir avec l'un ou avec l'autre de ces instruments. Le dernier offre cet avantage, qu'il lâche prise moins facilement que la simple pince à anneaux ; mais avec celle-ci on peut aussi plus aisément, quand il en est besoin, abandonner pour quelques instants la partie saisie.

Troisième temps. Le moment est venu de rapprocher l'une de l'autre et de mettre en contact les deux parties du voile du palais. Cela se fait de la même manière, soit qu'il ait suffi d'aviver les bords d'une fissure bornée au voile du palais, soit qu'après cet avivement, et dans le cas de bifidité de la voûte palatine, il ait fallu faire une section transversale immédiatement au-dessous de cette voûte, pour en détacher chaque moitié du voile du palais. En d'autres termes, il s'agit de nouer chacun des fils pour compléter la suture. Peu importe, je crois, qu'ils soient noués successivement dans tel ordre ou dans tel autre. J'ai l'habitude de commencer par le fil inférieur, puis je noue le fil moyen, et je termine par celui d'en haut. Il est pour le nœud qu'on fait avec chaque fil un degré de constriction qui doit être

le plus convenable, mais que je ne puis exprimer par des mots. Je ne puis dire autre chose, sinon qu'il faut que les ligatures ne soient ni trop, ni trop peu serrées. Si les nœuds étaient trop lâches, la coaptation ne serait point assez immédiate entre les surfaces sanglantes dont on veut obtenir la réunion; et par une constriction trop forte, il pourrait y avoir très promptement division des parties si minces, si molles, qui sont embrassées dans les points de suture. Il y a à faire avec chaque ligature deux nœuds simples l'un sur l'autre : c'est le premier qu'il s'agit de ne serrer ni trop, ni trop peu; le second, comme dans toutes les circonstances où l'on use de cette manière de faire agir un fil, une ligature, un lacs, un lien quelconque, n'est destiné qu'à empêcher le premier de se relâcher. Ainsi donc, avec les bouts de chaque ligature, je forme un premier nœud simple que je fais parvenir jusque sur le voile du palais; puis je serre en me servant de mes deux indicateurs, portés profondément dans la bouche, comme de deux petites poulies, jusqu'à ce que les bords de la division soient exactement appliqués l'un contre l'autre. A ce moment, un aide, et j'aime qu'il soit un peu habitué à cette assistance, saisit ce nœud avec une pince à anneaux; je me hâte ensuite de faire le second nœud. Aussitôt que celui-ci touche à l'extrémité de la pince, l'aide abandonne le premier, retire l'instrument, et il ne me reste plus qu'à serrer ce second nœud aussi fortement que possible. Les trois ligatures étant nouées, il est inutile d'en conserver les bouts dans l'intérieur de la bouche : on les coupe immédiatement au-devant des nœuds.

L'opération est terminée. Alors doit commencer une

série de soins sans lesquels il n'y a point de succès à espérer. J'impose au malade le silence le plus absolu : il ne doit prendre ni aliments, ni boissons, jusqu'au jour où les ligatures doivent être enlevées : il faut même qu'il s'abstienne d'avaler sa salive ; et l'on doit éloigner de lui tout ce qui pourrait exciter la toux ou l'éternument ; de même qu'il doit bien se garder d'exécuter ce mouvement par lequel les mucosités des narines sont attirées dans l'arrière-gorge, pour être ensuite rejetées par l'isthme du gosier et par la bouche. Je ne sais pas jusqu'à quel point des liquides chargés de matières nutritives, introduits dans le gros intestin, peuvent tenir lieu des aliments ingérés dans l'estomac, et mitiger les effets d'une abstinence plus ou moins longtemps prolongée ; mais il n'y a aucun inconvénient à tenter ce mode d'alimentation. Je prescris donc toujours du bouillon ou du lait, avec ou sans addition de jaunes d'œufs, donné par quarts de lavement, trois ou quatre fois chaque jour : et je l'ai déjà dit, pour tromper la soif et calmer le grand malaise qu'elle occasionne, je permets l'introduction, plus ou moins souvent répétée, d'un peu d'eau ou de quelque autre liquide rafraîchissant dans la bouche.

Pour suppléer mieux encore à l'alimentation ordinaire, on pourrait faire parvenir du bouillon, du lait, ou même des potages clairs dans l'estomac au moyen d'une sonde œsophagienne. Si l'on devait user de cette ressource, il faudrait que la sonde fût conduite jusque dans l'œsophage par l'une des narines, plutôt qu'à travers l'isthme du gosier ; et l'on pourrait, ou bien l'y laisser séjourner pendant tout le temps que la déglui-

tion doit être suspendue, ou bien la retirer après chaque introduction d'un liquide alimentaire. Deux fois seulement, je veux dire chez deux personnes, après deux opérations, j'ai eu recours à ce moyen; et malheureusement l'opération n'a point réussi dans ces deux cas. Je n'ai pas eu la certitude que cela ait dépendu de ce qui avait été fait pour prévenir les effets d'une abstinence complète; mais j'en suis resté à ces deux essais. Dans la crainte de provoquer des mouvements involontaires du voile du palais, peut-être faudrait-il habituer les organes à l'introduction souvent répétée de la sonde, ou à sa présence à demeure, pendant plusieurs jours avant l'opération.

Je ne laisse jamais les ligatures en place plus de quatre jours. Quelquefois même j'enlève celle d'en haut et celle du milieu à la fin du troisième jour; et c'est l'inférieure seulement que je laisse jusqu'au commencement du cinquième. Pour cet enlèvement des ligatures, on saisit avec une pince à anneaux les deux petits bouts de chaque fil qui ont été conservés en deçà du nœud, ou le nœud lui-même; on coupe le fil sur l'un des côtés, à droite ou à gauche, avec des ciseaux à pointes mousses : aussitôt il cède à la plus légère traction, et abandonne les ouvertures dans lesquelles il était engagé. Toujours, immédiatement avant cet acte final de l'opération, je romps le jeûne auquel le malade avait été assujetti jusqu'alors : je lui permets de prendre un potage, ce qu'il doit faire en avalant chaque cuillerée lentement, et avec précaution. Quand le dernier fil est enlevé, il faut encore vingt-quatre heures au moins d'une nouvelle abstinence : et pendant ce temps, où, tout lien artificiel étant détruit, les deux par-

ties du voile du palais ne tiennent encore l'une à l'autre que par de faibles liens organiques, les mêmes précautions qui ont été prises, durant les premiers jours, sont encore nécessaires. Peut-être même le sont-elles plus qu'elles ne l'étaient immédiatement après l'opération. On comprend qu'après le meilleur travail possible de réunion, eu égard au temps qui s'est écoulé depuis que la nature a été mise à même de s'y livrer, il faudrait bien peu d'efforts pour que les deux parties du voile du palais se disjoignissent.

Quand la désunion doit avoir lieu, elle s'opère pendant les premières vingt-quatre heures qui suivent l'enlèvement du dernier fil. Je ne l'ai jamais observée au delà du sixième jour après l'opération. Aussi, quand l'adhésion se maintient à cette époque, on peut penser qu'elle est définitive. On peut donc alors permettre au patient de prendre des boissons quand il a soif, et de faire plusieurs petits repas par jour, pourvu que ces repas se composent d'aliments mous, qu'il puisse avaler facilement. Après quelques jours, toute précaution sur ce point, comme sur tous autres, devient superflue ; tout ménagement est inutile. Surtout, il n'y a plus l'obligation du silence, et le voile du palais peut être livré à l'exercice de toutes les fonctions auxquelles il est destiné, et auxquelles il était jusqu'alors inhabile. C'est le moment où, je puis le rappeler, le jeune M. Stephenson, qui a le premier joui des bienfaits de la staphyloraphie, a pu le cinquième jour communiquer lui-même verbalement à l'Académie des sciences les détails de l'opération que je lui avais faite, et dont le résultat, tout imparfait qu'il était encore, lui permettait de lire la note que je lui avais préparée.

VIII.

Plus haut, et tout en insistant avec vous, mon cher ami, sur les difficultés auxquelles il faut s'attendre en pratiquant la staphyloraphie, et tout en disant combien les détails en sont minutieux, je l'ai décrite comme si elle devait toujours être terminée heureusement, tout au moins sans incidents fâcheux d'aucune sorte. Mais il ne peut guère en être ainsi d'une opération aussi délicate, qu'on pratique sur des parties aussi peu accessibles aux instruments. Et, en effet, l'exécution en est bien souvent marquée par de graves imperfections, qu'il faut réparer, par des contre-temps auxquels il faut obvier. Permettez-moi de vous indiquer les principaux.

En donnant chaque coup d'aiguille d'arrière en avant pour engager chacun des fils, on ne tombe pas toujours bien juste sur le point le plus convenable : on voit paraître la pointe, ou trop près, ou trop loin des bords de la division. C'est la première faute qu'on commet bien plus souvent que la seconde; et c'est celle-là surtout qu'on ne peut pas ne pas réparer. Ou bien encore l'ouverture paraît bien faite en avant; mais en arrière elle n'est point assez éloignée du bord; le voile du palais, sans doute parce qu'il s'est fortement rétracté au moment où la pointe de l'aiguille en touchait le côté postérieur, a été transpercé obliquement: le mieux est qu'il le soit perpendiculairement à son épaisseur. Dans l'un et dans l'autre cas, il faut retirer l'aiguille dont la pointe faisait seulement encore saillie en avant, et la faire agir d'une manière plus parfaite.

On peut avoir aussi à recommencer la même manœuvre,

quand, ainsi que cela arrive quelquefois, une aiguille déjà saisie par la pointe avec une pince à anneaux, déjà aussi abandonnée par le porte-aiguille, n'obéit pas au mouvement qu'on veut lui imprimer, et se dégage d'entre les mors de la pince, en se retirant du côté du pharynx, au point que la pointe ne soit plus visible : tout cela par je ne sais quel mouvement de l'isthme du gosier.

Quelquefois aussi, tous les points de suture étant faits, c'est-à-dire tous les fils étant engagés par leurs extrémités, on s'aperçoit que les bouts de l'un d'eux, au lieu de se correspondre sur une ligne à peu près horizontale, sont disposés très obliquement l'un par rapport à l'autre. Bien qu'avec une si mauvaise disposition de l'un des fils on puisse encore obtenir une coaptation assez régulière des deux parties du voile du palais, il vaut mieux dégager l'un des bouts, et le réintroduire, ou plus haut ou plus bas, selon l'état des choses. On fait cela surtout si c'est le fil inférieur qui a été mal posé.

Dans l'acte de l'avivement, on peut commettre la faute de donner au lambeau trop ou trop peu d'épaisseur ; et cela étant, il y a à réparer le mal. Il faut dégager les ligatures pour les replacer plus en dehors par l'une ou par l'autre de leurs extrémités, si elles paraissaient trop rapprochées des bords sanglants, ou bien, dans le cas contraire, en faisant une nouvelle excision. Deux ou trois fois, j'ai usé du premier de ces expédients ; je n'ai jamais été obligé d'avoir recours au second. Ce qui arrive plus souvent, c'est que le lambeau soit coupé par l'instrument lorsqu'il n'est encore fait qu'à moitié : c'est un contretemps de peu d'importance : on en est quitte pour saisir

de nouveau avec la pince le bord de la division, là où le lambeau a été terminé prématurément ; après quoi l'on poursuit l'œuvre qui avait été commencée ; c'est une excision faite en deux temps.

Un seul incident remarquable peut rendre l'opération fort imparfaite en ce qui concerne la formation des nœuds de ligatures. Je l'ai dit, il y a à faire deux nœuds simples l'un sur l'autre pour chacune de celles-ci. Eh bien, il peut arriver que l'anneau représenté par le fil soit trop lâche ; ou parce que le premier nœud n'a point été assez serré ; ou parce que, sans qu'on s'en soit aperçu, il s'est relâché avant la formation du second. Il y a donc de cette manière, et au niveau de la ligature, coaptation inexacte entre les parties dont on veut obtenir la réunion. Elles ne sont point assez pressées l'une contre l'autre. Il semble qu'en cette occurrence il n'y ait qu'un parti à prendre, c'est de couper la ligature d'un côté près du nœud, de la retirer, et d'en placer une autre, en un mot de refaire complétement le point de suture manqué. Cela est facile quand c'est le fil inférieur qui doit être remplacé ; cela est praticable encore, mais plus difficile pour chacun des deux autres, à cause du rapprochement opéré entre les bords de la division par les deux autres ligatures, si tous les nœuds sont déjà formés.

Si l'on pouvait prévoir l'incident dont il s'agit, il y aurait quelque avantage à faire les nœuds des ligatures successivement de haut en bas, plutôt que de bas en haut. Mais voici une ressource dont j'ai usé deux fois ; j'ai conservé les deux bouts de la ligature dont le nœud n'était point assez serré ; je les ai tordus jusqu'à ce qu'il m'ait paru que,

le nœud ayant tourné sur lui-même, l'anneau était devenu assez étroit. C'est ce que j'ai été dans le cas de faire à l'Hôtel-Dieu au mois d'octobre de cette année 1853, lors de ma dernière staphyloraphie qui était ma 140e, et qui a parfaitement réussi : c'est la ligature d'en haut que j'ai eu à serrer en la tournant sur elle-même. Deux fois aussi, à force de temps, de patience, je suis parvenu à faire glisser d'abord un petit stylet, puis un stylet plus fort, puis les deux extrémités rapprochées d'une pince à anneaux très menue, sous le second nœud simple. Je défis complétement ce nœud en écartant les branches de la pince ; après quoi je pus serrer le premier à un degré plus convenable.

Une fois encore j'usai d'un autre expédient : je me servis de la ligature qui avait été mal nouée, pour en engager une autre. Je fixai celle-ci à l'un des bouts de la première par un nœud de tisserand, qu'on sait être, sous le moindre volume, le plus solide de tous les nœuds, et je retranchai l'autre bout. Je coupai ensuite la première ligature très près du nœud, bien entendu après avoir eu le soin de saisir fortement avec une pince la très petite portion saisissable qui devait me servir de moyen de traction. Mais les ouvertures faites au voile du palais par l'aiguille auraient été trop petites pour laisser passer successivement deux nœuds, dont un même avait une certaine grosseur, puisqu'il ressortait de deux nœuds simples formés l'un sur l'autre : je ne craignis pas de les agrandir un peu toutes deux au moyen d'un bistouri boutonné à lame étroite. C'est par là que j'avais commencé ; j'avais fait de chaque côté une petite incision transversale. Le passage des ligatures,

dont l'une entraînait l'autre, s'effectua sans difficulté.

Après une staphyloraphie, et jusqu'au jour où l'on doit ôter les points de suture et retirer les ligatures, tout est livré aux seules forces de la nature. Il y a bien à prescrire au patient moins ce qu'il a à faire que ce qu'il doit ne pas faire; il y a bien à le surveiller pour certaines précautions qui dépendent de lui, et sans lesquelles la nature accomplirait mal son œuvre, ou ne l'accomplirait pas du tout. Mais il n'est pas au pouvoir de l'art de limiter, et le degré d'intensité, et le caractère de l'inflammation qui doit s'emparer du voile du palais. Il faut qu'elle soit suffisamment intense et simplement adhésive; et quand il en est ainsi, l'opération est suivie de succès, si le malade ne commet aucune imprudence. Mais que de chances n'y a-t-il pas pour que cette inflammation soit ou trop faible ou trop intense; pour qu'elle devienne très promptement ulcérative, là surtout où il y a étranglement ou constriction des parties par les fils; et pour que ceux-ci deviennent bientôt trop lâches, ou pour que les parties qu'ils embrassent soient coupées prématurément! Qu'on joigne à cela certaines actions qu'on ne peut pas toujours ni prévoir, ni prévenir, desquelles peut résulter une impulsion violente communiquée au voile du palais, telles qu'un rire excessif, un violent éternument, des quintes de toux, etc., et l'on aura à peu près les causes possibles du non-succès de l'opération.

La non-réussite dépend bien souvent aussi d'un caractère tout particulier que l'inflammation du voile du palais est susceptible de revêtir, et que j'ai observé dans un assez grand nombre de cas. Le voile du palais ne paraît

enflammé vers le second ou le troisième jour qu'au degré convenable, et l'on ne remarque d'ailleurs rien d'extraordinaire dans l'état général du sujet opéré. Mais les ligatures se montrent enveloppées d'une matière visqueuse : cette matière en remplit les intervalles ; elle adhère aux bords de la division, recouvre même les parties les plus voisines de la face antérieure du voile du palais, comme si elle était secrétée par la membrane muqueuse ; et probablement, en effet, elle est le produit d'une inflammation spéciale de cette membrane, plutôt qu'elle n'est le résultat de la suppuration des surfaces mêmes qui ont été avivées et mises en contact. Je n'augure jamais bien du résultat de l'opération quand le voile du palais présente l'aspect que je viens de décrire. Presque toutes les fois qu'il m'a apparu, j'ai vu la désunion s'opérer, soit au moment même où j'enlevais les fils, soit un peu plus tard, après douze ou vingt-quatre heures. Quand l'inflammation, qu'elle ait eu ou qu'elle n'ait pas eu ce caractère particulier, dépasse le degré convenable pour l'adhésion, généralement elle reste bornée au voile du palais, et le non-succès de l'opération en est la seule conséquence. Une fois pourtant je l'ai vue envahir promptement tout l'isthme du gosier et le pharynx, s'étendre aux voies aériennes, se propager jusqu'aux dernières divisions des bronches, et se convertir ainsi en une bronchite capillaire des plus aiguës et des plus intenses, qui fut suivie de la mort. C'était sur une jeune fille de vingt-deux ans, remarquable par sa belle santé et sa constitution robuste. Je reviendrai bientôt sur cette première des deux seules catastrophes que j'aie eu à déplorer jusqu'à présent consécutivement à la staphyloraphie.

J'ai bien perdu un troisième sujet; mais chez celui-ci l'opération n'a pas été la cause déterminante de la mort; elle a seulement hâté, je l'ai cru du moins, le développement d'une phthisie pulmonaire très aiguë.

Quelle opération fut jamais créée avec toute la perfection qu'elle comporte? Et de toutes celles que la chirurgie a instituées, et qu'elle met chaque jour en pratique, en est-il une qui soit restée ce qu'elle était d'abord, qui n'ait subi des modifications de telle sorte ou de telle autre? Et comment pourrait-il en être autrement? L'amour des changements, le penchant à innover, le désir de faire chaque chose autrement qu'elle n'a été faite par d'autres, en un mot de s'éloigner des routes frayées, alors même que ce ne sera pas réellement une perfection, n'est-ce pas un des plus pressants besoins de notre esprit, un de nos penchants les plus invincibles? Aussi n'ai-je jamais eu l'orgueil de croire que la staphyloraphie étant acceptée, et prenant rang parmi les opérations méthodiques de la chirurgie, on ne changerait rien au procédé auquel je m'étais arrêté en la créant. C'est beaucoup assurément qu'il ait été adopté par le plus grand nombre de chirurgiens, et qu'après plus de trente ans écoulés depuis que l'opération principale a pris naissance, il soit aussi généralement en faveur. Je ne puis pas ne pas être flatté d'une telle disposition des esprits; mais cela ne va pas jusqu'à me faire dédaigner les tentatives auxquelles on s'est livré dans le but de rendre la suture du voile du palais, sinon d'un succès plus assuré, au moins d'une exécution plus facile et plus prompte. Pourquoi faut-il que je ne puisse approuver aucune des innovations qu'elles ont fait naître!

Des trois temps de l'opération, le placement des fils ou des ligatures et l'avivement des bords de la fissure sont les seuls dont on pût songer à changer le mode d'exécution. Car, une fois les fils posés, et cet avivement terminé, on ne peut faire agir les fils eux-mêmes que d'une seule manière. Je me trompe; on pourrait remplacer les fils de chanvre ou de soie par des fils métalliques, par des fils de plomb particulièrement; auquel cas on terminerait chaque point de suture, soit en tordant l'un sur l'autre ou ensemble les deux extrémités de chaque fil, soit en engageant ces deux extrémités dans un petit anneau sur lequel elles seraient ensuite renversées, et qui agirait à la manière d'un serre-nœud. C'est ce qu'avait fait M. Græfe dans ses premières staphyloraphies. C'est un procédé que quelques chirurgiens allemands ont encore recommandé. Mais de telles modifications à la suture simple, tant pour la nature des fils que pour la manière de les faire agir, ne méritent réellement pas un examen sérieux: il saute aux yeux qu'elles sont de nature à compliquer plutôt qu'à simplifier l'opération.

Bien que je tienne à la manière de faire l'avivement telle que je l'ai décrite précédemment, ce temps de l'opération a reçu des modifications qui sont rigoureusement acceptables. Cependant, et ne vous l'ai-je pas déjà dit? il y a quelques inconvénients à la pratiquer avant d'avoir placé les fils; et je crois avoir fait ressortir les avantages attachés à l'ordre contraire dans la succession des deux premiers temps de la staphyloraphie. Après cela, il importe assez peu que, l'avivement étant commencé de chaque côté par en bas, et devant être fait de bas en haut, on

tâche de le terminer avec des ciseaux, ou que l'ayant commencé avec un instrument de cette sorte, on le continue jusqu'en haut avec un bistouri boutonné. On a parlé d'y procéder d'une manière opposée, c'est-à-dire de haut en bas, au moyen d'un bistouri à lame étroite et à pointe aiguë, qui est plongé au-dessus de l'angle supérieur de la division : on le fait agir à peu près comme on fait dans l'opération du bec-de-lièvre quand on veut substituer le bistouri aux ciseaux pour retrancher une portion de chacune des deux parties de la lèvre. Mais ce qui pourrait être assez facile du côté gauche, si l'on commençait de ce côté, présenterait quelques difficultés du côté opposé; et réciproquement, pour l'un comme pour l'autre côté, je craindrais que les mouvements du bistouri ne s'accommodassent pas bien à ceux du voile du palais. Je craindrais aussi qu'on ne pût pas suivre aussi bien qu'on le fait avec un bistouri boutonné, manœuvrant de bas en haut, la courbe que forme très souvent le bord à exciser. Je reproche à presque tous ceux qui ont entrepris, par des innovations de telle sorte ou de telle autre, de simplifier l'opération dont il s'agit, d'avoir trop perdu de vue l'exquise sensibilité, la mobilité extrême des parties sur lesquelles il faut agir, et la facilité avec laquelle elles échappent à l'action des instruments : on s'est représenté ces mêmes parties telles qu'elles sont quand on simule l'opération sur un cadavre; et je ne comprends pas qu'on ait eu la prétention d'arriver un peu plus promptement au but, au risque de faire moins bien.

La staphyloraphie n'est point une de ces opérations cruelles dans lesquelles il faille s'attacher à ménager les

souffrances, à la fois pour ne pas prolonger inutilement la douleur, et pour conjurer, autant que possible, les dangers que celle-ci peut faire naître. Non, l'important est qu'elle soit terminée le mieux possible; il faut viser ici à la perfection; elle est du nombre de celles dont on peut dire qu'elles sont assez tôt faites quand elles sont bien faites. C'est le cas ou jamais de prendre pour règle l'ancien adage de Caton : *Sat cito si sat bene.* Et dans tout ce qu'on a fait pour l'avivement, il n'y a rien surtout que je désapprouve autant que le projet conçu de saisir en même temps, dans toute sa hauteur, ou sur tous les points de son étendue, chacun des deux bords de la division, pour obtenir une tension plus égale de chaque portion du voile du palais, et pouvoir faire une section plus régulière. Que M. Græfe ait fait ainsi, dans ses premières opérations, je le conçois. On est excusable de ne pas faire bien de prime abord quand on s'engage dans une voie inconnue. Je conçois moins que le même procédé ait été reproduit par d'autres chirurgiens. On cherchera vainement, je crois, un instrument applicable aux dimensions variées de la fente que présente le voile du palais, à la hauteur plus ou moins considérable de cette partie, à son épaisseur si variable; qui, une fois posé, permette de faire manœuvrer facilement ou des ciseaux, ou un bistouri boutonné; avec lequel enfin on ne soit point exposé à saisir ou trop, ou trop peu de la partie qu'il s'agit d'aviver. Et pourtant M. Græfe avait été jusqu'à concevoir l'idée d'un instrument à double fin, destiné à la fois à saisir le voile du palais et à pratiquer l'excision. Parvînt-on à imaginer un instrument de ce genre, qu'on pût faire agir avec

une certaine précision, je ne sais pas si j'oserais en faire usage. Je crains toujours, dans la pratique des opérations, les manœuvres qui tiennent trop du jeu des machines ; je redoute les actions brusques, soudaines, ou celles qui ne sont pas dirigées autant et aussi immédiatement que possible par les yeux et la main du chirurgien ; celles aussi qui ne peuvent pas être, au gré de celui-ci, accélérées, ralenties, ou suspendues. Quand de telles manœuvres sont seules applicables, je sais subir, comme d'autres, la loi de la nécessité ; mais, partout où des actions simples peuvent suffire, c'est de ce côté que sont mes prédilections. J'aime que l'intelligence, l'adresse, le coup d'œil, aient la plus grande part dans les actes de la chirurgie : c'est ainsi que la chirurgie est belle ; c'est ainsi que l'ai toujours comprise ; je me suis toujours méfié des instruments trop compliqués, voire même des instruments nouveaux pour des choses déjà faites ; et je n'en ai jamais imaginé.

A mon sens, on n'a pas été plus heureux dans les modifications qui ont été faites à la manière de placer les ligatures. Sans doute, tel que je l'ai décrit, ce temps de l'opération a ses difficultés. Bien souvent ce n'est qu'après plusieurs tentatives inutiles qu'on parvient à donner convenablement chaque coup d'aiguille. Je le sais, on ne voit pas le côté postérieur du voile du palais, ni conséquemment les points sur lesquels l'instrument doit agir en entrant ; à peine même l'œil peut-il en diriger la sortie ; et c'est en portant le bout d'un doigt sur la face antérieure du voile du palais, qu'on distingue si l'aiguille a pénétré en arrière, et si elle sort en avant sur des points convenables. Cependant, à moins de circonstances extraor-

dinaires, tout s'accomplit le mieux possible avec du temps et de l'attention. Mais, ne pourrait-on pas, s'est-on dit, aplanir un peu les difficultés, rendre la manœuvre plus simple en faisant agir les aiguilles des deux côtés d'avant en arrière? C'est ce qu'avait proposé de faire A. Bérard; c'est ce que lui-même avait fait une fois à l'époque où il a publié un petit travail additionnel à mon *Mémoire sur la staphyloraphie*. Je ne doute pas que cet habile chirurgien, si prématurément enlevé à notre art, qu'il pratiquait avec une distinction réelle, n'eût réussi en procédant de cette manière; d'autres pourront réussir comme lui; et certes il ne faudrait pas qu'on me fît une grande violence pour me décider à tenter le procédé dont il s'agit. Néanmoins, je m'en suis abstenu jusqu'à présent, non pas seulement parce que j'ai l'habitude du mien, mais parce que je ne trouve pas un avantage réel à commencer la perforation du voile du palais en avant. J'y trouve, au contraire, quelques inconvénients. Sans doute, on voit nettement le point où l'on veut plonger l'aiguille; mais on ne voit pas celui par où elle doit sortir. Puis chaque portion du voile du palais est abandonnée à elle-même, et peut fuir en se rapprochant de la paroi postérieure du pharynx. Elle n'est pas soutenue, comme au besoin elle pourrait l'être, avec le doigt placé en avant quand l'aiguille est plongée d'abord en arrière; on est moins à l'aise aussi pour la saisir derrière la partie qu'elle a transpercée. Enfin, n'est-ce pas un inconvénient bien réel que d'avoir à se servir, pour chaque point de la suture, de deux ligatures qui sont engagées, séparément, l'une à droite, l'autre à gauche; celle d'un côté étant destinée à ramener d'arrière en avant,

dans l'ouverture qu'elle vient de parcourir, le bout de l'autre qui correspond au pharynx?

Une autre idée, plus ingénieuse, a été conçue; c'est de faire servir un seul instrument, d'abord à fixer chaque portion du voile du palais, puis à la perforer, et, enfin, à y faire pénétrer l'un des bouts de chaque ligature, le tout par une action soudaine, tout au moins très rapide, et presque entièrement mécanique. Trois jeunes médecins MM. Bourgougnon, Foraytier et Depierris, ont eu, chacun de leur côté, il y a quelques années, la pensée d'un instrument affecté à ce triple usage. Elle s'était déjà présentée à l'esprit de M. Colombat. Si je faisais ici un ouvrage didactique sur la médecine opératoire, ou si seulement j'avais entrepris une description détaillée et complète de la staphyloraphie, peut-être serais-je dans la nécessité de décrire les instruments dont il s'agit. Mais, à raison du caractère de mon travail, vous trouverez bon, j'en suis sûr, que je me dispense d'un tel soin. Toutefois, ce n'est pas sans quelque peine, que je renonce à ce qui aurait été de ma part un témoignage d'intérêt, et une sorte d'encouragement, adressés aux auteurs de cette triple invention.

Considérés en eux-mêmes, ces instruments ont un mérite incontestable. Le mécanisme en est ingénieux. Quand on s'en sert pour simuler l'opération à laquelle ils sont destinés, ils agissent avec une grande précision; cela est vrai, en particulier, de celui de M. Foraytier et de celui de M. Depierris; de ce dernier, surtout, que j'emploierais de préférence à l'autre, si j'étais contraint de choisir entre les deux. Malgré cela, il est douteux que jamais on s'en serve bien souvent; ils ont le vice

de tous les instruments spéciaux qui grossissent sans un grand avantage l'arsenal de la chirurgie. A tout praticien qui a déjà fait la staphyloraphie avec les instruments ordinaires, ils paraîtront superflus ; et je craindrais de les voir dans les mains d'un chirurgien qui en serait à ses débuts pour l'opération dont il s'agit. Je veux le redire : la perfection, dans la staphyloraphie, se compose de si minutieux détails, il y a tant de petits écueils à éviter, et les difficultés contre lesquelles on a à lutter sont de telle sorte, qu'on ne saurait être trop en garde contre tout ce qui pourrait en compromettre la bonne exécution. Ici, comme pour le plus grand nombre des opérations, l'instrument le plus remarquable par son mécanisme ne peut suppléer qu'imparfaitement à la main dirigée par l'intelligence. Le dirai-je? Une fois j'avais résolu de faire une staphyloraphie en me servant de l'instrument de M. Depierris ; eh bien, j'ai reculé au moment même, ou plutôt après avoir eu porté l'instrument plusieurs fois au fond de la bouche; après plusieurs tentatives, faites pour engager, entre les deux plaques qui doivent faire l'office de pince, l'une des portions du voile du palais, j'ai vu que je ne serais pas maître de régler convenablement le jeu de l'instrument. Je me suis arrêté, dans la crainte de mal faire. C'était peut-être une appréhension mal fondée : peut-être ai-je été dominé, malgré moi, par une prévention, que j'avais cependant cherché à éloigner de mon esprit. J'ai toujours cru cependant, et je crois encore, que je n'avais fait que céder à un juste pressentiment.

LETTRE NEUVIÈME.

J'avais terminé ma dernière lettre, mon cher Lawrence, et j'allais commencer celle-ci, qui sera ma lettre finale sur la staphyloraphie, lorsque mon attention a été appelée sur une manière de pratiquer cette opération, sinon nouvelle à tous égards, du moins assez particulière sous certains points de vue. C'est M. Sédillot, de Strasbourg, qui l'a fait connaître dans une communication à notre Académie des sciences ; mais peut-être appartient-elle à M. Fergusson, de Londres. Selon M. Sédillot, ce procédé nouveau doit procurer des succès plus nombreux que ceux que j'ai pu obtenir; ce serait presque une révolution dans les résultats de l'opération dont il s'agit. Je désire bien vivement que cette révolution s'accomplisse, et je ne serai jamais jaloux de ce qui sera perfectionnement réel, dût-on en venir à abandonner complétement, non pas l'opération que j'ai créée, mais le mode d'exécution que j'ai introduit dans la pratique, et que tant de chirurgiens ont adopté. Mais les modifications proposées par mon honorable ami, M. Sédillot, sont-elles aussi avantageuses, aussi fécondes en bons résultats qu'il l'a prétendu? Je suis encore dans le doute à cet égard, et je ne crains pas de reproduire ici en d'autres termes les remarques critiques que j'ai faites à l'époque où M. Sédillot transmit ses premières vues à l'Académie des sciences. (*Comptes rendus des séances*, juin, 1850.)

Non, M. Sédillot ne peut pas attacher une grande importance à ce que l'excision ou l'avivement des bords de la division précède le placement des fils destinés à la suture. En procédant de cette manière on peut craindre, comme je l'ai déjà dit, que les différentes couches membraneuses, si lâchement unies entre elles, qui forment le voile du palais, venant à glisser les unes sur les autres, les parties mises à l'état de cruentation ne présentent plus une disposition régulière.

Quoi qu'ait prétendu aussi M. Sédillot, je ne pense pas non plus que ce soit une chose réellement bien avantageuse d'engager les fils d'avant en arrière plutôt que d'arrière en avant ; c'est-à-dire, de transpercer de chaque côté le voile du palais, de la surface buccale vers la surface pharyngienne, plutôt que de celle-ci vers celle-là. Je me suis déjà expliqué à cet égard : je vous ai déjà dit aussi, je crois, et vous saviez comme moi, que ce changement dans la manière d'engager les fils avait déjà été proposé par Auguste Bérard, et formait le trait principal du procédé à la description duquel ce chirurgien, si justement regretté, avait consacré un petit mémoire particulier sur la staphyloraphie. Cette manière d'engager les fils se retrouve aussi dans la manière toute spéciale dont agissent les instruments mécaniques de M. Colombat, de M. Bourgougnon, de M. Foraytier, de M. Depierris, instruments divers par lesquels on a voulu remplacer le jeu si simple d'une petite aiguille ordinaire, montée sur un porte-aiguille.

J'accède plus volontiers à la précaution que M. Sédillot recommande de former les nœuds, non sur la ligne

même de coaptation des deux parties du voile du palais, mais un peu en dehors, et alternativement à droite et à gauche, de manière qu'ils ne soient pas mis en contact immédiat avec les bords de la division. Si la chose est aisément praticable, peut-être saisirai-je quelque occasion favorable pour en user.

Enfin, chose plus importante que toutes celles-là, M. Sédillot veut qu'après la suture terminée, on paralyse momentanément l'action du voile du palais; et pour cela il veut qu'on coupe de l'un et de l'autre côté les muscles péristaphylins interne et externe, par deux incisions verticales et parallèles en forme de boutonnières pratiquées tout à fait en dehors; et de plus les muscles glosso et pharyngo-staphylins, par deux sections transversales faites sur la partie la plus élevée et la plus saillante des piliers. Cela fait, on peut permettre au malade de boire à petites gorgées, d'avaler sa salive, voire même de prendre quelques aliments légers et d'une déglutition facile. Besoin n'est pas de lui imposer une abstinence, toujours pénible alors même qu'elle n'est obligatoire que pour quelques jours. Il n'est plus forcé de garder le silence. M. Sédillot est dans la persuasion que le malade peut ainsi parler, et exercer les mouvements nécessaires à la déglutition, sans que le voile du palais exécute quelques uns de ces mouvements qui pourraient causer la déchirure des parties embrassées par les points de suture.

Que le succès ait couronné des opérations dans lesquelles tous ces moyens avaient été mis en pratique, je n'en doute pas; mais avec eux doit-on réussir mieux et plus souvent? C'est ce qui ne peut être établi que par

le rapprochement d'un grand nombre de faits, et de faits comparés à ceux dans lesquels le procédé opératoire a conservé son caractère primitif. Et ces diverses incisions pratiquées sur le voile du palais ne pourraient-elles pas être parfois la source de quelques inconvénients? Pourquoi ne s'ensuivrait-il pas une hémorrhagie plus ou moins abondante? Pourquoi pas la persistance de l'une des plaies en forme de boutonnière, et sa transformation en une sorte d'ouverture fistuleuse? Pourquoi pas par suite de cela quelque altération permanente dans le timbre de la voix? Presque au même moment où M. Sédillot fit sa communication à l'Académie des sciences, et où je fus conduit à méditer sur ce qui en était l'objet, j'eus à faire deux staphyloraphies dans lesquelles une première opération avait manqué; à cause de cela les deux sujets n'étaient pas dans les conditions les plus favorables; c'était le cas peut-être de tenter la section de tous les muscles moteurs du voile du palais. Cependant j'hésitai à tenter cette innovation : je suivis mon procédé accoutumé ou ordinaire, et ces deux opérations ont eu un plein succès. Peut-être quelque occasion se présentera-t-elle où je me croirai autorisé à être plus confiant dans le procédé de M. Sédillot.

Qu'elles doivent, ou non, concourir au résultat heureux de l'opération, les incisions diverses du voile du palais n'appartiennent qu'à demi à ce chirurgien. Déjà Dieffenbach avait proposé les incisions latérales, moins pour paralyser l'action des muscles que pour relâcher le voile du palais, à peu près comme il avait recommandé des incisions latérales et parallèles au raphé, sur les limites

du périnée, pour assurer le succès de la périnéoplastie. D'un autre côté, un chirurgien anglais dont j'ai déjà inscrit le nom, M. Fergusson, a conçu, en même temps que M. Sédillot, la pensée d'ajouter aux chances de succès de la staphyloraphie, en pratiquant la section de tous les muscles moteurs du voile du palais. En 1851, lors de l'exposition universelle à Londres, où je faisais partie de la commission française pour le jury international, je vis M. Fergusson, qui me montra une très jolie préparation du voile du palais, propre, suivant lui, à faire mieux comprendre et le caractère et les résultats probables de son procédé pour la staphyloraphie. Peu s'en fallut que je ne le lui visse mettre en pratique pendant mon séjour à Londres. Il devait l'exécuter sur une jeune demoiselle : j'y avais été convié; mais des raisons particulières firent remettre l'opération jusqu'à une époque où j'avais déjà quitté Londres. Du reste, il est facile de concevoir et je conçois très bien comment agissent et M. Fergusson et M. Sédillot : je ne pense pas que je fusse embarrassé pour les imiter; ce sont mes doutes sur l'excellence des résultats qui m'ont retenu jusqu'à ce jour.

Il ne me reste plus qu'à m'expliquer avec vous, mon cher ami, sur les résultats de la suture du voile du palais, tels au moins que je les ai obtenus. Par là je n'entends pas les bienfaits que cette opération procure quand elle réussit : ces bienfaits, je les ai indiqués. Par résultats, dont j'ai à vous présenter un tableau général, j'entends dire les événements heureux ou malheureux dont elle peut être suivie, soit qu'ainsi que cela est bien rare, elle

occasionne des accidents graves ou même mortels, soit que seulement elle ne réussisse pas du tout, soit qu'elle ne réussisse qu'imparfaitement ou à demi, soit enfin que le succès en soit aussi complet que possible. Ce sont là, en effet, les quatre issues différentes qu'elle peut avoir.

Voyons d'abord ce qu'il y a de plus fâcheux. Dès l'origine, la staphyloraphie a dû être considérée comme une opération peu grave : tout autorisait à lui attribuer ce caractère. Cependant on devait songer aussi à des malheurs possibles. Pourquoi donc, en effet, aurait-elle le privilége d'une entière et complète innocuité ? Est-il une seule opération en chirurgie, si simple qu'elle soit, si innocente aussi qu'elle soit, qui ne puisse être, dans des circonstances extraordinaires, et sous l'empire de causes connues ou inconnues, dicibles ou indicibles, une occasion d'accidents graves ; dont les suites ne puissent se compliquer d'une manière fâcheuse ou même funeste? J'avais craint que la staphyloraphie ne fît point exception, bien avant le premier événement que j'ai eu à déplorer. A d'assez longs intervalles, deux autres catastrophes ont suivi celle-là. Trois fois donc j'ai vu l'événement le plus grave, le plus déplorable, la mort du sujet succéder à la suture du voile du palais. L'un de ces trois cas toutefois présente un caractère tout particulier ; et puisque je l'ai d'abord rapproché des deux autres, il m'est bien permis de dire que l'opération n'a peut-être eu aucune part à l'événement qui l'a suivie. Une phthisie pulmonaire, dont la marche a été des plus rapides, s'est déclarée presque immédiatement après une des plus belles réunions du voile du palais que j'aie obtenues. Il est pro-

bable que la maladie devait éclore au moment où je fus conduit à pratiquer l'opération, et que celle-ci a tout au plus hâté l'apparition des premiers symptômes.

Observation. — Voici le fait : c'est le dernier des trois cas malheureux que j'ai à vous raconter. Le sujet était une jeune demoiselle, fille de lord Ydhurst, l'un des membres les plus distingués du parlement anglais. Elle avait seize ans ; elle était fort développée pour son âge, mais grande et mince ; à part cela, rien dans les traits apparents de sa constitution, dans son habitude extérieure, n'annonçait une prédisposition particulière à la phthisie pulmonaire. Lorsqu'elle me fut présentée par son père, c'était il y a quinze ans, en 1838, je ne pris aucun renseignement sur les circonstances antérieures de sa vie ; il n'y avait pas de raisons pour que je m'en préoccupasse. Cette jeune personne avait une division congénitale du voile du palais ; elle désirait vivement être délivrée de son vice de conformation. L'opération devait être simple, et malgré ce que je savais de la perturbation légère que la staphyloraphie occasionne dans toute l'économie, moins par elle-même qu'à cause de l'abstinence imposée aux malades pendant plusieurs jours, je ne devais ni craindre ni prévoir l'invasion prochaine d'une maladie, que je n'avais jamais vue se déclarer promptement après l'opération dont il s'agit. Mais, au début des accidents, j'appris que la mère de cette jeune personne avait succombé à une phthisie pulmonaire ; qu'une de ses sœurs était morte de la même maladie ; et qu'elle-même en avait déjà ressenti les atteintes, ou que du moins, étant plus jeune, elle avait éprouvé une affection aiguë de la poitrine dont elle s'était rétablie difficilement.

J'étais donc dans une sécurité profonde lorsque j'eus à lui pratiquer l'opération pour laquelle elle avait été amenée de Londres à Paris. C'était ma quatre-vingt-troisième suture du voile du palais : tout se passa de la manière la plus heureuse. J'ai fait peu de staphyloraphies qui aient été aussi simples, et

peut-être que dans aucune autre je n'ai été plus admirablement secondé par la patience et la docilité du sujet. Les suites immédiates furent pareillement des plus heureuses, et le résultat bon à ce point, qu'après quinze jours lord Ydhurst et sa jeune demoiselle pouvaient quitter Paris. On en était aux apprêts du départ; le jour avait été arrêté, lorsque cette jeune personne, qui déjà s'était exercée beaucoup à parler, et qui, sous le rapport du régime, était rentrée dans ses habitudes naturelles, éprouva les premiers symptômes de ce qui paraissait n'être qu'un simple catarrhe pulmonaire. On craignit pour elle la fatigue du voyage qu'elle était sur le point de faire : elle resta donc à Paris. Je ne fus pas longtemps dans l'incertitude sur le véritable caractère de la maladie qui s'était déclarée d'une manière si soudaine et si imprévue : c'était une affection tuberculeuse des poumons qui a parcouru ses différentes périodes avec une effrayante rapidité; la jeune personne y a succombé en moins de trois mois.

Dans les deux autres cas, la staphyloraphie a eu une influence plus directe, plus immédiate sur les accidents qui ont causé la mort. On peut dire que sans l'opération, ceux-ci ne se seraient point manifestés. C'est elle-même qui en a été à la fois l'occasion et la cause déterminante, mais dans les deux cas de deux manières bien différentes.

Observation. — Des deux victimes, la première était une fille de vingt-deux ans, d'une constitution vigoureuse. C'est à l'hôpital de la Charité que je l'opérai, en 1828. Le nombre des staphyloraphies que j'avais faites était déjà fort considérable; avec un peu de présomption, et sans la connaissance que je pouvais avoir d'événements malheureux survenus à la suite d'opérations qui ne semblaient pas devoir les faire naître, j'aurais pu déclarer la staphyloraphie une opération tout à fait innocente, et prétendre qu'elle ne serait jamais l'occasion d'accidents graves, et moins encore d'accidents mortels. Je

l'avais déjà pratiquée cinquante fois ; celle de cette fille était ma cinquante-et-unième. Le cas qui l'avait nécessitée était une fissure congénitale du voile du palais des plus simples, et l'opération elle-même n'avait présenté ni difficultés insolites, ni circonstances extraordinaires. Je devais ou jamais en attendre un heureux résultat. Il était ardemment désiré par la patiente qui, abstraction faite de la division du voile du palais, était douée de beaucoup d'agréments physiques, et que la nature avait ainsi à la fois bien et mal dotée.

Jusqu'au jour où j'enlevai les points de suture, aucun symptôme grave ne s'était manifesté; les suites de l'opération m'avaient paru simples, n'était cependant que l'inflammation du voile du palais semblait avoir dépassé le degré strictement nécessaire pour l'adhésion, en même temps qu'il y avait eu production de la matière visqueuse dont j'ai assigné précédemment les caractères. Mais à peine avais-je retiré les fils, que les deux parties du voile du palais se désunirent, ou plutôt se séparèrent l'une de l'autre, car il n'y avait point eu de réunion proprement dite. Bientôt se déclara une douleur vive dans le pharynx ; puis la déglutition des liquides devint très pénible et la respiration gênée. La malade fut prise d'une fièvre violente ; dès le lendemain la respiration fut beaucoup plus embarrassée, il y eut de la toux sans expectoration ; l'oppression alla toujours en augmentant, malgré deux ou trois saignées copieuses et le traitement révulsif le plus énergique ; et la mort termina cette complication si imprévue, vers le milieu du huitième jour après l'opération. A l'ouverture du corps de cette malheureuse jeune fille, je trouvai, sans fausse membrane aucune, toute la muqueuse pulmonaire congestionnée à un très haut degré, présentant les traces de l'inflammation la plus violente jusque dans les dernières divisions des bronches.

Observation. — Trois jeunes Irlandais se nommaient Gamble ; ils étaient de Cork. Des deux qui ont survécu l'un est avoué et avocat; l'autre est devenu chirurgien de marine et est

dans les Indes orientales. Par un singulier effet du hasard, ces détails me sont donnés au moment où je corrige mon nouveau travail sur la staphyloraphie (ce 31 juillet 1853), par un monsieur Marcel qui était consul de France à Cork au moment où ces jeunes gens étaient venus à Paris ; je leur étais recommandé par lui avant qu'ils vissent Astley Cooper. C'est un des faits les plus étranges que j'aie recueillis dans ma pratique, un de ceux qui ont fait sur mon esprit le plus d'impression.

L'opération qui eut l'issue funeste que je fais prévoir était ma soixante-huitième. Elle fut faite au mois de juillet 1834, et le sujet sur lequel je l'avais pratiquée pour une division congénitale du voile du palais comprenant toute la hauteur de cette cloison, mais sans la moindre complication, était un jeune homme âgé de vingt et un ou vingt-deux ans. Astley Cooper, dont il avait d'abord réclamé les soins à Londres, avait préféré qu'il fût opéré par moi, et me l'avait adressé en me le recommandant de la manière la plus particulière. Ses deux frères, tant soit peu plus âgés que lui, l'avaient accompagné dans son voyage ; et ces trois jeunes gens, modèles de l'amitié fraternelle, attiraient à eux par leurs manières distinguées. Ils avaient tous recueilli les fruits d'une éducation soignée, et chacun d'eux se destinait à une carrière honorable ; je crois même me rappeler que celui qui avait le voile du palais divisé, avait un goût prononcé pour la jurisprudence, et voulait embrasser la carrière du barreau s'il parvenait à recouvrer le libre usage de la parole. Dès la première fois que je vis ces trois jeunes gens, et pendant les quelques jours qui suivirent, ils me parurent soucieux, inquiets, préoccupés. J'attribuais leur tristesse à la crainte qu'ils pouvaient avoir du non-succès de l'œuvre pour laquelle ils se confiaient à moi ; j'étais loin de soupçonner qu'ils eussent des inquiétudes plus sérieuses, ni qu'il y eût pour eux quelque chose de répréhensible dans le parti qu'ils avaient pris de quitter le toit paternel et de venir à Paris ; moins encore que celui qui allait être opéré fût en proie à des pressentiments sinistres. Je m'efforçai seulement

de leur faire partager l'espérance que j'avais du succès de l'opération. C'est après celle-ci faite, et lorsque l'orage commença à éclater, que je fus instruit des circonstances suivantes. Averti plus tôt, peut-être aurais-je trouvé quelque prétexte pour remettre à d'autres temps une opération qui n'avait rien d'urgent.

Leur père était mort à la suite d'une opération de peu d'importance. Depuis ce malheur, qui datait déjà de plusieurs années, leur mère avait renoncé au désir de voir son plus jeune fils délivré de l'infirmité qu'il avait apportée en naissant ; elle avait déclaré qu'aussi longtemps que prévaudrait son autorité de mère, elle s'opposerait à ce qu'il lui fût fait aucune opération. C'était donc à l'insu de leur mère, ou du moins en lui cachant le véritable but de leur voyage, et en voulant lui ménager le plaisir d'une surprise, si leurs vœux étaient satisfaits, qu'ils s'étaient rendus à Londres, et que de Londres ils étaient venus à Paris. Mais, élevés dans les principes les plus austères, et pleins des sentiments du respect filial, ils éprouvaient le chagrin d'avoir agi contrairement aux désirs d'une mère qui leur était toute dévouée, et d'avoir en quelque sorte bravé ses appréhensions, en même temps que l'événement si malheureux qui les avait causées se représentait continuellement à leur esprit. Puis, par une étrange fatalité, et comme s'ils avaient pu être avertis par le destin, plusieurs incidents se succédèrent pour eux à Londres, pendant leur voyage de Londres à Paris, et à Paris même; tous nés du hasard, mais bien propres à augmenter le trouble d'une imagination déjà péniblement préoccupée et à fortifier de fâcheux pressentiments. Ainsi, à Londres, ils eurent à visiter un ami de leur famille, acteur tragique très distingué; ils ne purent le rencontrer qu'au théâtre, un soir qu'il remplissait le rôle d'Hamlet, et le virent dans un moment où, sur le point d'entrer en scène, il tenait à sa main l'urne renfermant les cendres de son père. — Manquant de cartes pour quelques visites qu'ils avaient à faire, ils veulent en emprunter à un ami : les seules qu'il puisse leur

procurer étaient des cartes de deuil ; elles étaient bordées d'une raie noire. — A Paris, où ils n'étaient jamais venus, ils veulent employer à des promenades, à quelques excursions, les deux ou trois jours qui devaient précéder l'opération que l'un d'eux avait à subir. Celui-ci, encore plus triste, plus préoccupé que ses frères, consentit seulement à visiter les hauteurs de Montmartre, qui ont emprunté quelque renom des événements militaires dont Paris a été le théâtre. Par occasion il entre dans le cimetière Montmartre, le parcourt ; il lui arriva de dire : « Si je mourais, c'est ici peut-être que je serais enterré. » Et c'est là, en effet, que, sans qu'il y ait rien eu de concerté à cet égard, et seulement à cause du quartier qu'il habitait, les restes de ce malheureux jeune homme ont été transportés ; c'est là qu'il repose, victime, incontestablement, des préoccupations de son esprit et des inquiétudes dont sa raison n'a pu triompher.

Je ne cite que ces circonstances-là. Ne les connaissant pas encore et n'ayant aucune raison pour ne point accéder aux désirs de ce jeune homme, désirs que ses deux frères partageaient vivement, je l'opérai, trois ou quatre jours seulement après son arrivée à Paris. L'opération fut des plus simples, surtout elle dura aussi peu de temps que cela pouvait être pour une division bornée au voile du palais. Mais elle était à peine terminée, que se manifestèrent les premiers symptômes d'un état presque indéfinissable, que je ne puis caractériser, que je n'avais point encore observé, et dont je n'ai recueilli aucun autre exemple. Pendant tout le temps que j'avais eu à agir, le jeune homme était resté silencieux, impassible ; immédiatement après, en ma présence, au moment où je le félicitais sur la patience et le courage dont il avait fait preuve, il tomba dans une sorte d'extase. Sans qu'il proférât un mot, d'immobile qu'elle était, sa physionomie prit soudain une animation extraordinaire : des sentiments divers semblaient s'y heurter ; c'était à la fois la joie, le chagrin, la crainte, l'espérance. Je ne pus me défendre d'un mouvement de surprise et presque d'effroi ; et tout

d'abord, sans être encore instruit des tristes pensées qui avaient poursuivi ce malheureux jeune homme, et des fâcheux présages auxquels son imagination était en proie, je m'inquiétai vivement des suites d'une telle perturbation du système nerveux. Plusieurs personnes, — entre autres M. Tarral, jeune médecin anglais qui, après avoir dû à la France une grande partie de son instruction, s'est distingué chez nous par quelques travaux utiles, — plusieurs personnes, dis-je, partagèrent mes craintes, qui ne se réalisèrent que trop. Je renonce à décrire les phases si rapides de l'affection, toute nerveuse sans doute, dont les phénomènes que j'indiquais à l'instant ont été le début. A peine même ai-je pu les bien observer, tant mon esprit était bouleversé par un événement aussi inattendu. Ce qui m'a frappé le plus, ce sont les alternatives d'affaissement et d'exaltation qui se sont succédé un nombre prodigieux de fois pendant tout le temps que l'infortuné jeune homme a survécu. Vers la fin du quatrième jour, son état ne paraissait pas notablement plus grave qu'il ne l'avait été dès les premiers moments, et je ne désespérais pas encore complétement de voir se déclarer une crise favorable ; tellement qu'ayant laissé les ligatures en place, je les retirai à cette époque comme s'il se fût agi de la staphyloraphie la plus heureuse. Mais il n'y avait point eu de réunion, et lorsque je permis au malade de prendre des boissons, ou plutôt lorsqu'on lui en présenta, il lui fut impossible d'exécuter les mouvements de déglutition. Bientôt la prostration des forces devint plus grande, la respiration s'embarrassa ; et sans accidents qui indiquassent la lésion de quelque organe autre que le cerveau, ce malheureux jeune homme s'éteignit à la fin du cinquième jour après l'opération.

Qu'eût appris l'ouverture du corps? Je ne puis le dire ; elle ne fut pas faite. Pour y procéder, il aurait fallu le consentement des deux autres jeunes gens. Je n'eus pas le courage de le leur demander ; je respectai leur douleur. Elle fut telle que l'un d'eux, l'aîné, qui se sentait plus responsable aux yeux de leur mère, éprouva plusieurs fois des accès de délire, et ne

retrouva un peu de calme qu'au moment où il dut rendre les derniers devoirs à son frère, et en abandonner pour toujours les restes inanimés. Je ne pense jamais sans un profond sentiment de tristesse à la contenance de ces deux jeunes gens à mon égard pendant les trois ou quatre jours qu'ils restèrent à Paris après la mort de leur frère. Ce fut d'abord le refus obstiné de recevoir mes consolations, et l'expression d'une sorte d'inimitié ; comme si j'avais été la cause volontaire de leur malheur, ou du moins comme s'il m'avait été possible de l'éloigner. Puis, et par un changement subit, ils me prirent pour confident de leurs plus secrètes pensées ; c'est auprès de moi qu'ils retrouvaient un peu de courage et de résignation. Autant ils m'avaient pris en aversion d'abord, autant ensuite je leur étais devenu nécessaire, autant ils s'étaient attachés à moi. Ils auraient été moins malheureux, me disaient-ils ; ils auraient moins redouté les reproches de leur mère, si j'avais pu les accompagner. La seule chose qu'il m'ait été loisible de faire, c'a été de les quitter le moins possible jusqu'au moment de leur départ de Paris.

Ce qui ne surprendrait pas moins que de tels événements, ce serait que la staphyloraphie fût constamment suivie de succès ; ce serait que dans tous les cas où on la pratique, le voile du palais fût ramené à ses formes naturelles. Mais la chirurgie ne pouvait pas aspirer à un tel triomphe : on ne réussit complétement, et de prime abord, que dans la moitié des cas environ. Après les succès complets, il y a des demi-réussites, ou des adhésions incomplètes ou partielles, qui ne sont telles que momentanément. Par une opération nouvelle, on peut tenter d'obtenir, et l'on obtient quelquefois une reconfection entière du voile du palais. Il en est de même de quelques-uns des cas dans lesquels une première staphyloraphie a manqué complétement. Malgré ce fâcheux antécédent, une

opération nouvelle peut être couronnée de succès. En effet, qu'une première tentative ait été infructueuse, elle laisse les parties dans les conditions où elles étaient primitivement, à très peu de chose près. Il faut compter pour peu la perte de substance qui a été produite par l'avivement; le cas ne serait désavantageux que si de l'action des ligatures il était résulté la gangrène et la séparation des parties qu'elles embrassaient.

Je profite de cette occasion pour faire une remarque: c'est que lorsqu'on se décide à pratiquer ainsi une seconde staphyloraphie, soit parce que la première a entièrement échoué, soit parce qu'elle n'a qu'incomplétement réussi, il faut laisser écouler un temps assez long avant d'entreprendre cette opération secondaire. Sans doute les bords de la division, de nouveau séparés, se cicatrisent promptement, et bientôt aussi on pourrait les soumettre à un nouvel avivement. Mais, comme toutes les parties qui ont été divisées, ou ulcérées, et sur lesquelles s'est opéré un travail de cicatrisation, ces bords restent assez longtemps indurés. C'est tardivement aussi que chacune des deux parties du voile du palais reprend sa souplesse naturelle, et redevient susceptible d'extension. J'ai toujours laissé au moins plusieurs mois s'écouler avant d'agir de nouveau sur ces parties consécutivement à une première staphyloraphie pratiquée sans succès.

Quand l'opération ne doit pas réussir, ou quand elle ne doit réussir qu'imparfaitement, cela est presque toujours indiqué bien avant qu'il faille ôter les ligatures, par une certaine inflammation du voile du palais dont j'ai déjà indiqué la physionomie particulière. Presque toujours alors

l'une ou l'autre des deux parties du voile du palais est très promptement coupée par une ou par deux des ligatures, déjà alors la désunion est faite en partie. Cela a lieu, surtout, lorsque le voile du palais a été soumis à quelque ébranlement involontaire. Dans d'autres cas, au contraire, nonobstant le caractère de l'inflammation, les parties comprises dans les points de suture résistent jusqu'au moment où l'on doit enlever les ligatures, et c'est seulement lorsque celles-ci sont ôtées que les deux parties du voile du palais se disjoignent, et cela tantôt au moment même, tantôt seulement après quinze, dix-huit, ou vingt-quatre heures.

Sans cette inflammation de mauvais caractère, que de causes différentes font encore que l'opération ne réussit pas, ou ne réussit qu'à demi! Tantôt les ligatures ont été trop peu serrées, et les bords de la division n'ont pas été mis dans une parfaite coaptation; ou bien, au contraire, ils ont été promptement coupés par des fils trop serrés. Tantôt le voile du palais étant très mince, les parties rapprochées se sont trouvées mises en contact par des surfaces trop étroites; ou bien encore le voile du palais a éprouvé une distension trop forte: c'est ce qui arrive lorsque ses deux moitiés sont séparées par un grand intervalle, comme dans quelques-uns des cas de division congénitale, avec fissure de la voûte palatine. Quelquefois encore: et alors même qu'on pouvait compter sur une tendance favorable de la nature, un fort éternument, des mouvements de toux répétés, un mouvement inattendu de déglutition, que le malade n'a pu ni prévenir, ni maîtriser, viennent détruire les plus belles espérances: un tel mal-

heur peut arriver quand déjà les fils ont été ôtés. Cependant je n'ai jamais vu la cicatrice se rompre après le cinquième ou sixième jour. Toutes fâcheuses que sont ces circonstances, elles ne font pas que l'opération manque toujours entièrement. Il y a des revers incomplets, ou, si je veux dire autrement, des demi-succès, après lesquels, par des tentatives de telle sorte ou de telle autre, on peut compléter une guérison commencée.

Mais, plus fréquemment, et dans une proportion que vous saurez bientôt, il y a réussite pleine et entière de l'opération, sans accident aucun. Cependant, le but n'est complétement atteint que dans les cas de division bornée au voile du palais. S'il s'est agi, au contraire, d'une diastématostaphylie avec bifidité plus ou moins étendue de la voûte palatine, rien n'est accompli du côté de cette voûte. Une ouverture y subsiste encore, laissant une communication libre entre l'intérieur de la bouche et les narines. C'est quelquefois même une longue fente qui comprend en avant l'arcade alvéolaire ; et la staphyloraphie perdrait une partie de ses avantages, si cette communication de la bouche avec les narines ne devait jamais être interceptée. Heureusement, on a pour tous les cas, presque sans exception, la ressource de ces moyens prothétiques connus sous le nom d'*obturateurs :* et, ce qui est mieux encore, on peut avoir recours à la palatoplastie, laquelle, toutefois, n'est applicable que lorsque l'ouverture de la voûte palatine a peu d'étendue. Enfin, peut-être, n'est-il jamais arrivé que spontanément, c'est-à-dire par les seuls efforts de la nature, il y ait eu occlusion complète de l'ouverture ou fente qu'on voit au-dessus du voile du palais recon-

stitué. Mais toujours cette ouverture se resserre par le rapprochement de ses bords et se réduit à des dimensions notablement moindres que celles qu'elle avait primitivement. C'est un effet de l'action incessante que le voile du palais reconstitué exerce sur les parties solides auxquelles il adhère ; et cet effet est analogue au rapprochement des deux moitiés de la mâchoire supérieure en avant, après l'opération du bec-de-lièvre, compliqué de bifurcation, soit de l'arcade alvéolaire seulement, soit de toute la voûte palatine.

Je crois vous l'avoir déjà fait entendre, mon cher Lawrence, c'est vraiment une chose des plus remarquables, que l'influence exercée par les parties molles, je devrais plutôt dire par le jeu des muscles, et des muscles les plus faibles, sur les os, sur leur conformation ; que les changements favorables ou contraires qui peuvent résulter, à cet égard, de l'action, ou suspendue ou rétablie, de certains muscles sur les parties osseuses qu'ils avoisinent. Nulle part, ces effets ne sont plus sensibles qu'à la face, et jamais on ne les observe mieux, ou à un degré plus considérable que dans quelques difformités, et qu'à la suite des opérations destinées à y remédier. Et l'on conçoit que dans une circonstance donnée, sous l'empire de telle cause ou de telle autre, ils doivent être d'autant plus prononcés qu'ils se manifestent sur des sujets jeunes encore, alors que les os n'ont point encore acquis tout leur développement, et conservent encore une plus grande souplesse ou plus de flexibilité. Par exemple, qu'une division permanente, avec ou sans perte de substance, s'établisse à l'une des lèvres ou à toutes deux, chez un enfant, ou même

chez un sujet encore adolescent : bientôt les dents, soustraites à la pression légère, mais incessante, qu'elles éprouvent de la part des lèvres, se dévient, et s'inclinent en avant; les os mêmes qui les supportent se déforment et prennent plus de développement dans leur partie antérieure. N'ai-je pas rapporté précédemment des cas qui démontrent la réalité du fait? Ne se pourrait-il pas que dans les difformités natives de la face qui ont le caractère de divisions médianes, dans les becs-de-lièvre compliqués, et dans les divisions du voile du palais avec fissure de la voûte palatine, la déformation des os fût seulement consécutive à celle des parties molles; en d'autres termes, que la lèvre supérieure, ou le voile du palais, fussent atteints, en premier lieu, par le vice d'évolution qui enfante la difformité ? Et, en supposant qu'on puisse élever quelque doute à cet égard, il y a évidence pour ce qui est de l'influence réparatrice exercée sur les os par la lèvre supérieure ou par le voile du palais, après que l'une ou l'autre de ces parties reconstituée est mise en état d'agir.

Ainsi, après la réunion de la lèvre dans les cas de bec-de-lièvre avec fissure de la voûte palatine, un rapprochement et même une sorte de réunion s'opère entre les deux parties de l'arcade alvéolaire. Eh bien, le même phénomène s'accomplit à la partie postérieure de la voûte palatine, consécutivement à une staphyloraphie qui a été couronnée de succès, dans un cas de division du voile du palais avec séparation des parties osseuses. Lorsque sur un même sujet on a pratiqué avec succès l'opération du bec-de-lièvre et la staphyloraphie, la reconstitution de la lèvre supérieure et du voile du palais est bientôt suivie

du rapprochement des deux parties de la voûte palatine, tant en avant qu'en arrière. Mais, presque toujours, ce rapprochement est incomplet ; presque toujours un hiatus subsiste au milieu de la voûte palatine ; et cela, parce que la staphyloraphie n'est guère pratiquée qu'à une époque où les symphyses des os de la face ont déjà acquis une certaine solidité. Il en serait autrement, je n'en doute pas, et le rapprochement des deux parties de la voûte palatine serait complet, s'il était possible de faire la suture du voile du palais sur des sujets aussi jeunes que ceux qu'on soumet le plus ordinairement à l'opération du bec-de-lièvre.

La staphyloraphie n'est donc utile, dans les cas de bifidité simultanée du voile du palais et de la voûte palatine, que parce que, l'opération réussissant, on pourra faire disparaître la communication de la bouche avec les narines, soit par une opération nouvelle, c'est-à-dire au moyen d'une palatoplastie, soit par l'application d'un obturateur.

Et puisque je viens d'insister, quant au résultat final, sur cette opération appliquée aux cas de division congénitale du voile du palais, avec bifidité de la voûte palatine, j'ai à remplir une lacune que je crois avoir laissée dans mes précédentes lettres. Vous devez avoir trouvé, mon cher ami, que, tout en disant comment je m'y suis pris pour amener au contact, même dans leur partie la plus élevée, les deux moitiés du voile du palais au-dessous d'une bifidité de la voûte palatine, je n'ai pas décrit avec assez de précision l'opération elle-même. Besoin est que je l'expose avec un peu plus de détails.

Soit donc une staphyloraphie à faire dans un cas de di-

vision du voile du palais, avec bifidité complète ou incomplète de la voûte palatine. Une assez grande difficulté se présente : elle résulte de ce que les deux parties du voile du palais sont aussi écartées l'une de l'autre en haut qu'en bas, et plus encore de ce qu'en haut, au lieu d'être souples et mobiles, elles sont fixées au bord postérieur des os palatins. Cependant, cette difficulté, on peut la surmonter d'une manière à peu près complète, et cela par un artifice auquel je ne songeai pas tout d'abord. Dans mes premières opérations, appliquées aux cas dont il s'agit, j'avais fait comme pour une division simple ; je m'étais contenté d'obtenir le rapprochement et la coaptation des deux parties du voile du palais dans le tiers, la moitié ou les deux tiers inférieurs. J'avais échoué constamment, et deux fois sur un même sujet à six mois d'intervalle : c'était, comme je l'ai raconté dans mon premier travail concernant la staphyloraphie, sur un jeune M. de Saussure, qui venait de terminer le cours de ses études à notre école polytechnique, et qui promettait de marcher sur les traces du fameux de Saussure, dont il était le petit-fils. Après cinq tentatives infructueuses, j'allais entreprendre une sixième fois l'opération pour un cas du même genre : j'en étais à ma treizième staphyloraphie, et je la faisais sur une jeune personne de vingt et un ans, lorsque sans y avoir réfléchi préalablement, la pensée me vint, au moment même, de faire sur chacune des deux parties du voile du palais une section transversale, parallèlement au bord libre de l'os palatin. C'était pour détacher chacune d'elles de la voûte palatine, et les rendre ainsi susceptibles de s'élargir ou de s'étendre. Cette première tentative fut couronnée

du plus heureux succès. Depuis lors, j'ai constamment agi de la même manière dans les cas analogues; et cette séparation entre les deux moitiés du voile du palais et la voûte palatine, séparation que j'étends jusqu'à l'apophyse ptérygoïde, est devenue pour moi une partie essentielle de l'opération. N'êtes-vous pas convaincu que rien ne peut y suppléer, et que sans elle il est un grand nombre de cas où la chirurgie aurait été forcée de déclarer son impuissance? D'après mes relevés, qui vont me servir dans un moment pour exposer l'ensemble des résultats auxquels je suis parvenu pour toutes les staphyloraphies que j'ai eu à pratiquer, ces cas compliqués approchent beaucoup, pour la fréquence, des cas de division simple du voile.

Quand donc, pour les cas qui la comportent, je dois faire cette addition au procédé ordinaire, je m'assujettis aux précautions suivantes. Je tiens alors à placer trois fils plutôt que deux seulement; je fais en sorte que le fil supérieur, ou celui d'en haut, ne soit pas trop rapproché du rebord de la voûte palatine; je me réserve ainsi une place suffisante pour faire manœuvrer à l'aise l'instrument destiné à détruire l'adhérence naturelle du voile du palais avec cette voûte; je me sers du même bistouri droit boutonné avec lequel j'ai procédé à l'avivement des bords de la division; je le porte immédiatement au-dessus de chacun de ces bords mis à l'état sanglant en contournant la pointe formée par chacune des moitiés de l'épine nasale, et côtoyant le bord postérieur de la voûte palatine. Je le fais agir ainsi transversalement de dedans en dehors jusqu'à ce que j'atteigne l'apophyse ptérygoïde. Presque toujours

le sang coule assez abondamment, parce que les artères qui vont se distribuer au voile du palais ont été coupées assez près de leur origine. Une partie même de ce sang est rendu par les narines. Toutefois cette petite hémorrhagie cesse bientôt d'elle-même, ou avec le secours de lotions d'eau froide dans la bouche. Jamais je n'ai été obligé de recourir à des moyens hémostatiques proprement dits ; et une ou deux fois seulement j'ai vu une hémorrhagie un peu sérieuse, au moins eu égard à la localité et au petit calibre des vaisseaux qui avaient été divisés, se déclarer consécutivement à l'opération, c'est-à-dire le lendemain et le surlendemain. Autant que je le puis, je ne commence à nouer les fils, c'est-à-dire à compléter chacun des points de suture, que lorsque l'écoulement du sang est arrêté ; et cela en essuyant bien et à plusieurs reprises les surfaces avec une petite éponge portée à l'aide d'une longue pince ordinaire dans le fond de la bouche. J'empêche ainsi la formation et le séjour de petits caillots de sang entre les parties qui vont être rapprochées, et entre lesquelles il s'agit d'établir un contact immédiat. Ici, comme dans l'opération pour les cas simples, je noue en premier lieu le fil d'en bas, puis successivement les deux autres, sans répugner absolument à commencer par celui d'en haut. Mais quand vient enfin le moment de couper et de retirer les fils, si je dois en retirer deux seulement d'abord vers la fin du quatrième jour pour laisser l'autre en place vingt-quatre heures de plus, c'est le fil d'en haut que je conserve momentanément. C'est le nœud inférieur, au contraire, que je détruis en dernier lieu après l'opération pratiquée dans les cas simples. Ici, en effet, c'est en bas que se

passe la plus forte traction exercée par les fils sur chacune des deux parties du voile du palais, et qu'elles auraient le plus de tendance à se désunir si leur adhésion n'était pas encore parfaite. C'est en haut, au contraire, que le même effet se produirait plus facilement lorsqu'on a eu à séparer le voile du palais de la voûte palatine; et c'est là qu'il importe le plus de prolonger un peu l'action exercée par les points de suture.

En cas de succès, c'est presque à partir du moment où le voile du palais a repris à peu près sa forme normale, que la nature travaille à opérer le rapprochement des os. Elle y travaille d'autant plus vite que les sujets sont plus jeunes. Souvent quelques mois suffisent pour que cette ouverture ne soit plus qu'une fente fort étroite. Parmi de petits modèles en plâtre que je conserve, et qui ont été pris sur des sujets que j'avais opérés pour pouvoir apprécier, mieux qu'à la simple vue, les changements éprouvés par la voûte palatine dans la circonstance dont je parle, je possède ceux qui ont rapport à une jeune demoiselle qu'on m'avait amenée de la Martinique. Je l'opérai en 1833, alors qu'elle avait quinze ans seulement. Elle resta à Paris trois mois et demi après une opération qui réussit très bien, malgré une énorme fissure de la voûte palatine; et lors de son départ, l'ouverture de communication de la bouche avec les narines était réduite d'un peu plus de moitié, dans le sens transversal particulièrement. Précédemment aussi, je n'ai pas assez nettement indiqué ce qu'il faut entendre par succès et demi-succès, qu'il y eût ou non bifidité de la voûte palatine. Le succès véritable, c'est la reconstitution parfaite de l'organe. On

l'obtient souvent de prime abord ; et n'était que la luette est un peu courte, ou paraît manquer, le voile du palais a repris sa forme et sa manière d'être normales.

Cependant un temps plus ou moins long se passe avant que les fonctions ou les actes dévolus à cette partie par la nature s'accomplissent avec toute la perfection désirable : c'est surtout le timbre de la voix et le caractère de la prononciation qui, bien qu'ils éprouvent soudain un grand changement, tardent un peu néanmoins à se perfectionner. Le voile du palais est alors comme un organe nouveau qui doit subir une sorte d'éducation ; l'individu auquel on l'a restitué doit perdre d'anciennes accoutumances et en contracter de nouvelles. Il y a demi-succès quand s'est faite une réunion partielle des deux moitiés du voile du palais, soit en haut ou en bas, ou au milieu. Cette réunion peut être un acheminement à une transformation plus complète du voile du palais, le travail adhésif commencé ayant une grande tendance à faire des progrès ultérieurs, auxquels on peut aider par de légères cautérisations des bords de la solution de continuité. D'ailleurs il y a très souvent possibilité de parachever l'opération première, ou de compléter la guérison par une opération nouvelle de peu d'importance, et sur laquelle on peut surtout compter quand la réunion s'est faite primitivement dans une certaine étendue. Mieux vaut aussi que cette réunion ait eu lieu en haut ou en bas, c'est-à-dire dans la moitié supérieure ou dans la moitié inférieure du voile du palais, que dans la partie moyenne seulement. Dans les deux premiers cas, en effet, une opération autre doit suffire, tandis qu'il peut y avoir nécessité de deux opérations

distinctes à faire en même temps ou successivement, lorsque existe une simple bride au-dessus d'un reste de division du bord libre. Deux ou trois fois, parce que cette bride était très peu étendue en hauteur, parce qu'elle m'aurait embarrassé beaucoup pour aviver convenablement les bords de l'ouverture et de la fente qu'elle séparait, voire même, et plus peut-être encore, pour faire manœuvrer des aiguilles, j'ai pris le parti de la détruire et de pratiquer une opération nouvelle de tous points.

IX.

Tout cela dit, il ne me reste plus, mon cher Lawrence, qu'à vous communiquer un relevé général de toutes les sutures du voile du palais que j'ai eu à pratiquer jusqu'à ce jour avec l'indication sommaire des résultats. C'est ainsi que je vais clore mon travail. Peut-être pensez-vous que je devrais énumérer tous les faits sans exception, en donnant une courte description de chacun d'eux en particulier; en un mot, procéder ici comme je l'ai fait dans mon Mémoire de 1825. Mais ce qui convenait alors que j'avais à faire connaître une opération nouvelle, et à justifier son introduction dans l'art par le récit des cas encore en petit nombre dans lesquels j'y avais eu recours, tantôt avec bonheur, tantôt sans succès, serait chose oiseuse maintenant que la staphyloraphie est consacrée par l'assentiment général; maintenant qu'il est peu de chirurgiens qui ne l'aient mise en pratique; maintenant que je l'ai faite un si grand nombre de fois. J'ai pu dans plusieurs passages de ma lettre, et chemin faisant, vous raconter quelques cas particuliers ayant un caractère plus ou moins

insolite et offrant un intérêt spécial. C'est ainsi que j'ai relaté avec quelques détails les faits que je possède concernant toutes les applications de la staphyloraphie aux solutions de continuité de la voûte palatine ou du voile du palais autres que les divisions congéniales. C'est ainsi que vous connaissez particulièrement les cas si malheureux, heureusement en petit nombre, dans lesquels j'ai vu cette opération causer la mort des sujets que j'y avais soumis. Mais vous ne supporteriez pas le récit de cent vingt faits environ relatifs seulement à l'opération pratiquée pour des divisions congéniales, offrant entre eux sinon une complète uniformité, du moins la plus grande analogie. Ces faits ne diffèrent essentiellement les uns des autres que par le résultat de chacun d'eux, puis, sous ce rapport, que dans les uns il s'agissait de diastématostaphylies simples, et dans d'autres de divisions du voile du palais avec fissure de la voûte palatine. J'ai exécuté cent vingt fois, ai-je dit, la suture du voile du palais pour des divisions *congéniales;* et si j'ajoute à cette première grande catégorie les autres cas divers dans lesquels j'ai eu à appliquer ou la staphyloraphie proprement dite, ou quelque autre procédé opératoire dont elle était la souche, ou qui en était une imitation, j'atteins le chiffre total de cent quarante faits qui ont servi de base au travail que je vous adresse.

Je veux donc vous épargner un ennui, et me borner à vous faire connaître les résultats généraux de ceux de ces faits qui ont rapport aux divisions congénitales du voile du palais. Comme préliminaires, toutefois, permettez-moi de faire un résumé succinct des autres, et de les faire entrer

dans un tableau général. Je vous l'ai dit, les lésions auxquelles on peut appliquer soit la staphyloraphie proprement dite, soit quelqu'une des autres opérations qui s'y rapportent et qu'elle a fait naître, sont, quant à leur origine, de quatre sortes principales : ce sont des divisions congéniales; des plaies accidentelles et récentes; d'autres plaies récentes aussi, mais qui ont été faites par la main du chirurgien; enfin des solutions de continuité anciennes, à bords cicatrisés, et provenant de plaies ou d'ulcérations.

Le procedé opératoire change de caractère et embrasse des détails un peu différents, selon qu'il est appliqué : 1° à une fente ou division complète du voile du palais, à laquelle participe ou ne participe pas le palais osseux; 2° à une simple perforation du voile du palais; 3° à une perforation de la voûte palatine, le voile du palais conservant toute son intégrité. De là trois opérations distinctes qu'on peut grouper sous la dénomination commune de staphyloraphie, mais qui ont chacune un caractère particulier. La première est la staphyloraphie proprement dite; la dernière a pris le nom de palatoplastie : je ne sais quelle dénomination serait convenable pour désigner la troisième, c'est-à-dire l'obturation d'un simple trou ou d'une perforation quelconque du voile du palais.

J'ai fait cinq fois la palatoplastie; dans quatre cas je voulais clore des ouvertures consécutives à d'anciennes ulcérations d'origine syphilitique avec perte de substance des os; et trois fois j'ai réussi à former une sorte de diaphragme aux dépens d'une portion des parties molles de la voûte palatine. Dans le cinquième cas il s'agissait

d'une fente ovalaire de cette voûte qui avait persisté après la réunion du voile du palais chez un jeune homme de la Suisse, M. Hauzer, que j'avais opéré pour une diastématostaphylie avec fissure des os. La palatoplastie n'a réussi qu'à demi, l'un des deux lambeaux que j'avais empruntés à la membrane fibro-muqueuse du palais, près de l'ouverture, s'étant gangrené.

Pour des perforations du voile du palais seulement qui m'avaient paru comporter qu'on en tentât l'occlusion, j'ai eu à faire cinq opérations qui ont été presque toutes différentes les unes des autres. J'ai réussi pleinement, comme vous avez vu sur cet enfant de quatre ans, qui avait eu le voile du palais perforé par le manche d'une raquette; et trois fois aussi sur quatre des malades chez lesquels il s'agissait d'ouvertures de forme variable, très diversement situées, et consécutives à d'anciennes ulcérations syphilitiques ou non syphilitiques.

Ce sont les fentes verticales du voile du palais, les divisions auxquelles s'applique la staphyloraphie proprement dite, qui présentent le plus de variétés dans leur origine et leur manière d'être. Et cependant, l'opération est, à de légères nuances près, la même dans tous les cas. Je l'ai appliquée deux fois, et deux fois seulement, à des fentes accidentelles et anciennes, et j'ai obtenu seulement une petite diminution dans la hauteur de la fente, qui était d'origine syphilitique; elle était placée non sur la ligne médiane, mais sur l'un des côtés, touchait presque aux piliers du voile du palais, et comme je vous l'ai dit, il n'y a eu chez les deux sujets qu'un léger changement dans l'altération que le chant avait éprouvée. Dans le cas, le

seul que j'aie observé, d'une division ancienne du voile du palais qui, placée sur la ligne médiane et provenant d'une blessure, représentait si parfaitement une division congéniale, il n'y a point eu d'opération faite : le courage a manqué au sujet qui m'a présenté ce cas, et qui était une jeune personne de dix-huit ans. Mais trois fois ayant eu à diviser le voile du palais dans toute sa hauteur, régulièrement et sur la ligne médiane, pour rendre possible l'ablation de polypes volumineux des arrière-narines, j'ai fait immédiatement une staphyloraphie complète; dans les trois cas, succès complet, et retour du voile du palais à son état primitif.

J'arrive maintenant aux opérations en si grand nombre que j'ai appliquées à ce qu'on est convenu d'appeler la diastématostaphylie congénitale. Je ne crains pas de le redire au moment de terminer mon travail, c'est là le domaine principal de la staphyloraphie; c'est pour un tel vice originel de conformation qu'elle a été créée; et dans l'avenir, comme cela a lieu depuis plus de trente ans passés, c'est pour faire disparaître la bifidité congéniale du voile du palais qu'elle sera pratiquée le plus souvent.

Pour ces seules divisions congéniales, je l'ai faite jusqu'à présent cent vingt-trois fois sur cent onze sujets seulement. Je me trompe, c'est cent vingt-quatre fois sur cent douze sujets, car presque au moment où je relis ce passage de mon travail (c'est au mois de novembre 1853), je viens de faire, à l'Hôtel-Dieu, une nouvelle staphyloraphie; elle y a été pratiquée avec tout le succès désirable dans un cas de diastématostaphylie avec bifidité de la voûte, sur une jeune personne de seize ans. Vous le voyez,

le nombre des individus opérés est un peu moindre que celui des opérations elles-mêmes : c'est que chez quelques-uns une première opération n'ayant pas réussi, il y a eu possibilité d'en faire une seconde ; et, chose bien remarquable, bien que dans ces opérations secondaires il y eût, quant aux chances de succès, le désavantage qui devait résulter de la première perte de substance éprouvée par chacune des deux parties du voile du palais, le rapport entre les succès et les revers a été le même, à très peu de chose près, que dans les opérations primitives : sur neuf opérations secondaires, cinq ont parfaitement réussi.

Chose également remarquable, sur le nombre total de mes opérations pour la restauration du voile du palais, trois autres encore étaient secondaires, c'est-à-dire faites itérativement, dans chaque cas en particulier, après une première qui avait manqué ; et ces trois autres opérations secondaires ont complétement réussi. Ce n'est pas par moi que les sujets avaient été opérés en premier lieu ; mais ils avaient passé par des mains habiles. Telle était surtout mademoiselle Zulma Escarrero, jeune personne de dix-neuf ans, d'une beauté remarquable, dont les parents, originaires de la Biscaye, habitent Orthez, dans le département des Basses-Pyrénées. Elle avait été opérée une première fois sans succès aucun, par M. Bancal, de Bordeaux ; je l'opérai une seconde fois il y a juste deux ans au moment où je trace ces lignes : c'était au mois d'août 1851.

Pour la meilleure appréciation possible des résultats, je partage en deux grandes séries les staphyloraphies

que j'ai appliquées à des divisions congéniales. La première comprend toutes celles que j'ai eu à faire pour une division simple du voile du palais ; à la seconde se rapportent tous les cas de diastématostaphylie avec bifidité de la voûte. Je disais à l'instant que j'ai fait ces deux sortes d'opérations cent vingt-trois fois sur cent douze sujets. De ces cent douze individus, soixante et un avaient une diastématostaphylie simple; chez les cinquante et un autres, il y avait division à la fois, et du voile du palais et de la voûte palatine. Dans la première série de cas il y a succès chez quarante-huit individus; c'est-à-dire sur les trois quarts plus deux des sujets opérés. Pour être fidèle à la vérité toutefois, je dois dire que, dans les opérations primitives, comme dans les opérations faites itérativement, celles-ci en petit nombre, le résultat n'a pas toujours été heureux de prime abord. Ainsi que je vous l'ai dit plus haut, il y a eu des demi-succès, des demi-guérisons, que j'ai eu à transformer en guérisons parfaites, en succès définitifs. De nouvelles manœuvres très simples ont presque toujours suffi pour obtenir ce résultat. Tantôt j'ai dû poser un nouveau point de suture; tantôt j'ai seulement eu recours à de légères cautérisations des bords de la petite solution de continuité, soit avec le nitrate d'argent, soit avec un bouton de feu.

Des cinquante et un sujets qu'embrasse la seconde catégorie, celle des divisions du voile du palais avec bifidité de la voûte palatine, plus ou moins prolongée en avant, quatre seulement ont été opérés deux fois; et un seul de ces quatre a été assez heureux pour que la seconde opération réussît. J'ai obtenu un résultat favorable en tout

sur vingt-six de ces cinquante et un individus : c'est donc dans la moitié des cas plus un. Avant d'avoir été à même de faire ce relevé, je n'aurais pas osé compter ici sur un tel rapport entre les succès et les revers. Il y a lieu d'en être satisfait en effet, lorsqu'on songe que l'intervalle qui sépare les deux parties du voile du palais est, généralement au moins, plus considérable que dans la diastématostaphylie simple, et que, pour rendre une réussite possible, il y a nécessité d'ajouter à l'opération principale la séparation du palais mou et du palais solide. Vous rappellerai-je, mon cher Lawrence, pour clore ici ma lettre, que, pour cette catégorie de cas, il ne faut entendre par succès ou résultat favorable, que la seule réunion du voile du palais ? Après cette réunion obtenue, et toujours encore est-elle incomplète, des phénomènes particuliers doivent bientôt s'accomplir par les seuls efforts de la nature. Il doit y avoir rapprochement spontané des deux parties de la voûte palatine; après quoi si une ouverture subsiste encore, faisant communiquer la bouche avec les narines, la chirurgie peut avoir à intervenir de nouveau autrement qu'elle ne l'avait fait d'abord : il y a à tenter l'occlusion définitive de cette ouverture au moyen d'une palatoplastie, ou bien à la tenir simplement fermée par un obturateur.

C'est avec satisfaction, mon cher ami, que j'arrive au terme de ce long travail sur la staphyloraphie, et sur les lésions qui la réclament. Il m'en coûte toujours d'avoir à traiter un sujet dont je me suis déjà occupé, alors même que j'ai à mettre en œuvre de nouveaux faits, et que je puis me croire instruit par une plus grande expérience. Ma pensée n'est jamais plus libre et

plus vive que lorsque je l'applique pour la première fois à un labeur quelconque. Mais, croyez-le bien, je suis tout autre à l'égard des sentiments du cœur : en particulier, j'éprouve toujours le même bonheur à vous exprimer, chaque fois que l'occasion m'en est offerte, ma bien sincère affection, comme j'aime à recevoir de vous la nouvelle assurance de votre amitié, à laquelle j'attache un si grand prix.

LETTRE DIXIEME.

DIVISIONS DU PÉRINÉE CHEZ LA FEMME : PÉRINÉORAPHIE.

Je vous en prévenais, je crois, dans ma dernière lettre, mon cher Lawrence, c'est de la restauration du périnée chez la femme qu'il va être question dans celle-ci. J'y suis amené par l'enchaînement ou la succession naturelle des premiers sujets de notre correspondance. Mais il me tardait aussi de vous transmettre le résultat de mes nouvelles méditations et de mon expérience sur un point dont je me suis déjà occupé, et que je crois avoir traité avec quelque bonheur. En effet, après onze ans et plus écoulés depuis la publication de mes premières et heureuses tentatives pour rétablir la vulve et l'anus dans leur intégrité naturelle, lors des déchirures si fréquentes du périnée chez la femme, il est bien temps que je reprenne ce travail pour lui donner, s'il se peut, une plus grande perfection.

Mon Mémoire sur ce sujet, inséré dans le tome V des *Mémoires des savants étrangers* que publie notre Académie des sciences, composé à la hâte, quelques années auparavant, pour une circonstance toute particulière, et alors que je n'avais encore expérimenté qu'un assez petit nombre de fois le procédé que j'y préconise pour la suture du périnée, n'est pour moi maintenant, ou en quelque sorte qu'une première ébauche. Besoin est de l'étendre,

d'en développer certains points, qui s'y trouvent exposés avec trop de concision, et de le dépouiller, si je puis ainsi dire, du caractère trop académique que j'avais été contraint de lui donner, pour le rendre encore plus essentiellement pratique. Puis, les vues qu'il renferme se sont consolidées dans mon esprit sous beaucoup de rapports : mais, à quelques égards aussi, elles se sont modifiées, en conséquence des faits nouveaux que j'ai recueillis ; et je dois compte des changements survenus dans les opinions que j'ai pu émettre, comme dans les règles que j'ai pu prescrire. Enfin il y a nécessité non moins grande que j'expose ces faits nouveaux, quand même il n'y aurait point à en déduire quelques conséquences particulières, quand même ils seraient parfaitement conformes à ceux qui ont servi de base à mon premier travail. La périnéoraphie, telle au moins qu'elle est pratiquée maintenant, est encore trop nouvelle dans la pratique ou dans l'art, il y a trop peu de temps encore qu'on s'est occupé avec soin de tout ce qui la concerne, de l'accident auquel elle se rapporte, pour que les cas les plus récents n'offrent pas encore par eux-mêmes quelque intérêt, et cela indépendamment des particularités qu'ils peuvent avoir présentées : un temps viendra où, comme pour tout ce qui est devenu vulgaire, les faits isolés seront presque sans importance, sous le rapport scientifique au moins. Alors même, il sera toujours bon de les recueillir, puisque rigoureusement, et en quelque genre de choses que ce soit, il n'est pas de fait si simple, si naturel, si conforme à tant d'autres, qui ne renferme en lui-même quelque renseignement. Et quel parti, d'ailleurs, ne tire-t-on pas, pour la solution de cer-

taines questions générales, des faits groupés ou réunis en grand nombre?

Mais, de quelle manière dois-je m'y prendre pour atteindre le but que je me suis proposé? Faut-il que je fasse table rase, et dois-je considérer mon premier travail comme non avenu? Faut-il le démolir, en dissocier les éléments, puis fondre ces premiers éléments avec les autres matériaux que je possède, et du tout composer un travail nouveau, tout différent de l'autre, sinon quant au fond, du moins quant à la forme? Ou bien, dois-je laisser mon Mémoire primitif dans toute son intégrité, et me borner à remplir, par des annotations, les lacunes qu'il me paraît présenter, et à le compléter par le récit des faits nouveaux que j'ai eu à observer? Avant de commencer ma lettre, et au moment encore où j'en traçais les premières lignes, c'est le premier parti qui me souriait le plus, et je m'y étais presque complétement arrêté. Mais je n'avais pas relu, depuis longtemps, le travail dont il s'agit; j'en avais presque perdu de vue l'ordonnance générale; maintenant que je l'ai sous les yeux, il me semble qu'il y aura, au contraire, quelque avantage à vous le communiquer ou à le produire avec son caractère primitif, pour y rattacher ensuite les additions et les changements qu'il comporte. Ainsi, j'échapperai au dégoût, à l'ennui, à la fatigue, que dis-je? à cette demi-impuissance de notre esprit quand l'obligation lui est imposée de traiter itérativement un sujet dont il s'est déjà occupé une première fois. Puis, il ne vous déplaira pas, sans doute, de savoir quelles ont été mes premières vues, mes premières pensées, sur la restauration du périnée, et

de connaître, en son entier, un travail, dont peut-être quelques fragments seulement ont passé sous vos yeux. Enfin, en vous le communiquant ainsi, et en vous le présentant comme point de départ, ce que j'ai à y ajouter offrira, je pense, plus d'intérêt, jusqu'au moment où je n'aurai plus qu'à raconter les faits assez variés et assez nombreux que j'ai recueillis depuis la première apparition de ce travail. J'entremêlerai les annotations avec ce que je vous demande la permission d'appeler mon texte primitif, mais en les en distinguant bien. Les nouvelles observations feront suite aux anciennes, comme si elles avaient été comprises dans le premier travail. Tout cela convenu, vous ne trouverez pas extraordinaire que, pour ne rien changer à la composition de ce travail, je conserve çà et là jusqu'aux phrases par lesquelles je m'adressais à l'Académie des sciences; corps illustre auquel je n'avais point encore l'honneur d'appartenir, et dont je briguais alors les suffrages.

I. Vous le savez, disais-je donc, mon cher Lawrence, chez la femme comme chez l'homme la nature a rapproché, elle a même uni assez étroitement les uns aux autres, et mis dans une sorte de dépendance mutuelle pour leurs fonctions respectives, les organes extérieurs de la génération, et ceux par lesquels se termine l'appareil de la digestion. Chez la femme particulièrement, ces derniers (le rectum et l'anus) sont accolés immédiatement au vagin et à la vulve : entre le rectum et le vagin, il n'y a que la cloison qui résulte de l'adossement de leurs parois. Un pont un peu plus solide, mais un simple pont, un espace

de dix-huit à vingt lignes, sépare l'anus de l'entrée du vagin. Ce pont, qui soutient les organes au-dessous desquels il est situé, et qui limite en arrière les formes propres de la vulve, c'est le *périnée :* seule partie qui fasse résistance à l'extérieur dans l'acte de l'accouchement, et qui, susceptible toutefois d'une grande extension, peut s'élargir, se distendre, et prêter assez pour que, généralement, l'expulsion du fœtus s'accomplisse sans désordre aucun, sans autre circonstance que l'ampliation momentanée de la vulve.

Mais le périnée n'a pas, à beaucoup près, les mêmes dimensions chez toutes les femmes, j'entends dire la même étendue d'arrière en avant; que dis-je? et ce qui est bien plus remarquable, il n'a pas non plus exactement la même situation, relativement à l'axe du détroit inférieur du bassin. Toutefois, pour bien connaître et pour bien étudier les variétés qu'il peut présenter sous ce double rapport, il faut observer des femmes qui, bien qu'elles aient déjà connu les plaisirs de l'amour, n'ont point encore eu d'enfants, ou, ce qui est mieux encore, des femmes jeunes et vierges; car, déjà, le périnée perd quelque chose de son étendue, et il est, à un faible degré sans doute, mais réellement repoussé d'avant en arrière, par le seul fait de la copulation, quand cet acte a été répété un grand nombre de fois. Il n'y a pas lieu toutefois d'être surpris des quelques anomalies, ou des variétés de conformation que peut présenter le périnée, et qu'on remarque jusque dans les parties extérieures de la génération chez la femme, en dehors des conformations vicieuses proprement dites. Tous nos organes n'en présentent-ils pas? En est-il un seul,

est-il une seule région de notre corps qui soit la même exactement chez deux individus, sans que pour cela le type en soit changé? Pourquoi donc la nature aurait-elle fait une exception pour les organes de la reproduction, soit chez l'homme, soit chez la femme?

Eh bien, donc, quelques femmes ont la région périnéale placée plus en avant que cela n'est généralement, sans que cette région soit plus étendue qu'elle ne doit l'être. Ce n'est pas le périnée seulement, et j'entends dire l'espace compris entre l'anus et la commissure postérieure de la vulve, qui est comme déplacé; c'est l'anus encore, c'est la vulve pareillement. Celle-ci remonte alors ou s'étend au-devant de la symphyse des pubis plus que dans l'état qu'on peut considérer comme normal. Une telle conformation pût-elle être modifiée par des coïts nombreux et fréquemment répétés, elle ne l'est jamais au point de ne plus subsister; on la distingue toujours à la première vue, à une première inspection de l'appareil extérieur de la génération chez une femme. Il faut la considérer comme fâcheuse pour toute femme qui est destinée à avoir des enfants : cela n'a pas été assez dit; cela n'a point été assez remarqué. Je ne doute pas, pour ma part, que ce ne soit une prédisposition à la déchirure du périnée dans les efforts de l'accouchement. Et comment n'en serait-il pas ainsi, puisqu'après avoir parcouru la filière du bassin, et au moment de franchir le détroit inférieur, la tête de l'enfant vient presser plus directement sur le centre du périnée? Et peut-être faut-il la conformation particulière du périnée sur laquelle j'insiste en ce moment, pour que puissent advenir ces déchirures

centrales, ces perforations qu'on a vues, dans quelques cas trop bien décrits pour être révoqués en doute, livrer passage à l'enfant, l'anus et la commissure postérieure de la vulve conservant une intégrité presque parfaite. Bien entendu que l'influence d'une telle situation presque anormale du périnée, considérée comme prédisposition à telle ou telle sorte de déchirure de cette partie, peut et doit être augmentée par l'étroitesse de la vulve, par la rigidité du périnée lui-même, ou bien, au contraire, par la trop faible résistance des tissus qui entrent dans la composition de ce dernier; et peut-être aussi, par certaines anomalies de conformation du bassin, dont on n'a pas encore bien calculé les résultats à cet égard. Il va sans dire aussi que, même réunies, toutes ces circonstances seraient probablement sans effet, si la tête du fœtus n'avait qu'un médiocre volume au moment de la naissance. Ainsi, on peut établir qu'avec ou sans anomalie dans la disposition des parties molles, ou du bassin, la déchirure du périnée est rendue plus facile par le volume considérable de la tête de l'enfant; et c'est parce que, lors de l'application du forceps, il y a augmentation du volume de la partie qui doit franchir la vulve, que tant de fois la déchirure du périnée a eu lieu chez des femmes dont la délivrance avait nécessité l'emploi de ce moyen.

D'autres variétés de conformation, d'autres anomalies, dans la manière d'être du périnée, portent seulement, vous ai-je dit, sur ses dimensions d'avant en arrière. C'est chose bien certaine que l'intervalle qui sépare l'anus de la vulve n'a pas la même étendue chez toutes les femmes; il est fort étroit chez certaines, et chez quelques

unes il est beaucoup plus considérable qu'il ne l'est généralement, et cela sans déviation ou situation insolite de la vulve et de l'anus, chacune de ces ouvertures paraissant avoir exactement, par rapport au détroit inférieur du bassin, la place que la nature lui a assignée. D'une manière tant soit peu différente, et sans doute aussi à un degré un peu moins considérable, cette dernière disposition du périnée doit, comme la projection en avant de tout l'appareil général extérieur, être désavantageuse pour l'accouchement, et faciliter la rupture du périnée en rendant plus étroite l'ouverture extérieure du vagin.

II. Ainsi, du moins, a été arrêtée la conformation des parties extérieures de la génération de la femme, et telle est la destination importante du périnée. Mais chez beaucoup de femmes le périnée n'existe pas : je me trompe, et je dois dire qu'il a été brisé, rompu, détruit d'une manière quelconque, en un mot, qu'il n'existe *plus;* car c'est chose inouïe, je crois, que les parties extérieures de la génération de la femme et l'anus se soient trouvés confondus par une disposition primordiale. Il n'est pas à ma connaissance qu'on ait vu naître des femmes, et que des femmes aient vécu avec une division originelle du périnée, et ne possédant qu'à demi les attributs extérieurs de leur sexe; tandis qu'on voit si souvent la division congénitale des lèvres, de la voûte palatine, du voile du palais; tandis qu'on observe assez fréquemment encore la séparation du sternum en deux moitiés, celle des parois de l'abdomen, l'extrophie de la vessie, l'hypospadias; toutes divisions occupant la ligne médiane du corps; toutes anomalies de

conformation qui ont entre elles la plus grande analogie, reconnaissent à peu près la même origine, et proviennent, comme on le sait, dans le plus grand nombre des cas, d'un arrêt de développement.

L'hypothèse des arrêts de développement, et la loi anatomique dont elle n'est qu'une conséquence, ou dont elle émane, l'une et l'autre si ingénieusement conçues, si brillamment développées par Meckel, et qui ont joui d'une si grande faveur en Allemagne, sont devenues l'objet d'une grande controverse dans ces derniers temps. Au moment où j'écris elles sont moins généralement admises qu'elles ne l'étaient il y a quelque vingt ou vingt-cinq ans. Peut-être même comptent-elles maintenant plus d'opposants que de défenseurs. Je me garderai bien de prendre parti pour l'une ou pour l'autre des deux opinions qui sont en présence, du moins quant à présent. Qu'importe, en effet, pour le sujet qui m'occupe ici, de quel côté soit la vérité? Il suffit que j'établisse, ou il me suffit d'énoncer ce fait remarquable, que le périnée reste étranger ou réfractaire à la cause quelconque qui produit les divisions congéniales que tant de parties différentes du corps sont susceptibles de présenter, divisions qui ont leur siége sur la ligne médiane. Le périnée est quelquefois modifié dans sa forme, par le fait d'autres conformations vicieuses de tout l'appareil extérieur de la génération; mais il ne manque jamais.

III La division du périnée chez la femme est donc toujours le résultat d'un accident; toujours elle est l'effet d'une violence physique exercée sur cette partie. De

quelque manière qu'elle ait été produite, de graves incommodités, des incommodités dégoûtantes en sont l'inévitable conséquence, et par elle s'évanouit une partie des charmes que la nature a réunis chez la femme pour assurer le rapprochement des sexes. On conçoit de quel intérêt il peut être de faire cesser cette horrible mutilation. Jusqu'ici les tentatives de l'art avaient eu peu de succès; et si la chirurgie n'avait pas tout à fait déclaré son impuissance, du moins montrait-elle peu de confiance dans ses ressources : elle ne compte dans ses fastes qu'un très petit nombre de cas où on ait essayé de refaire un périnée par la suture. Combien de femmes, au contraire, ont été abandonnées, combien le sont encore, à l'une des plus tristes conditions qu'il y ait! Plus heureux que d'autres chirurgiens ne l'ont été, je suis parvenu à triompher d'une grande difficulté : je crois être en possession d'un moyen sur l'efficacité presque constante duquel on peut compter pour la reconfection du périnée. Des faits, et des faits déjà assez nombreux, eu égard à l'objet dont il s'agit, semblent ne laisser aucun doute à cet égard. Ce sont ces faits, avec leurs résultats curieux, que je viens communiquer à l'Académie. Je n'entreprendrai pas ici une description détaillée de tout ce qui a rapport aux ruptures ou aux divisions du périnée; le moment serait mal choisi pour entrer dans tous les développements qu'une telle matière pourrait comporter : quelques considérations préliminaires, tant sur l'origine de ces ruptures et leurs effets, que sur ce qui a été tenté pour réparer un tel désordre, suffiront pour le but que je me suis proposé.

Ce qui dispose le plus à la mutilation dont il s'agit, ce qui la produit dans le plus grand nombre des cas, ce sont les efforts de l'accouchement. Pour cela même, il n'est pas besoin d'une extrême étroitesse naturelle ou de quelque autre conformation défectueuse de la vulve ou des parties adjacentes : avec les meilleures dispositions de ces parties, une rupture peut advenir, parce que la tête de l'enfant est très volumineuse ; parce que le travail s'effectue avec trop de promptitude, surtout s'il s'agit d'une première parturition ; parce que ce travail aura été mal dirigé, mal conduit ; ou bien encore, s'il a fallu en venir à l'application du forceps, parce que cette application n'a pas été faite avec l'art et les précautions convenables. Toutefois, d'autres circonstances peuvent aussi donner lieu à une destruction complète ou incomplète du périnée chez la femme ; telle une blessure causée par accident, bien que la région occupée par les parties extérieures de la génération et les régions circonvoisines soient peu exposées à l'injure des corps extérieurs ; telle encore une ulcération gangréneuse, ou une gangrène proprement dite, comme il s'en développe ailleurs, et sous l'influence de causes si variées. Ne pourrait-elle pas provenir aussi de quelque acte volontaire, mais criminel ou insensé ? J'ai souvenance, sans pouvoir bien me rappeler la source où ce fait est consigné, qu'une fois cette mutilation du périnée a été le résultat d'une atroce vengeance exercée par un mari sur sa femme, qu'il savait lui être infidèle. Il n'y a pas jusqu'à l'art lui-même qui ne puisse, dans certains cas, occasionner un tel désordre : chez une des femmes dont j'aurai à parler spécialement, une division, la plus complète possible, du

périnée avait succédé à une opération entreprise pour guérir une simple fistule.

IV. Par quelque cause et dans quelque circonstance qu'advienne une division ou une rupture du périnée, et je comprends avec le périnée proprement dit la cloison recto-vaginale, cette division n'a pas toujours la même étendue, ne présente pas toujours la même manière d'être, et ne doit pas avoir infailliblement les mêmes résultats.

Quelquefois, chose très remarquable, c'est cette cloison recto-vaginale qui est seule rompue ; le périnée reste intact. On croirait qu'alors il doit s'établir inévitablement une communication permanente du rectum avec le vagin, avec passage habituel d'une partie des matières fécales du premier de ces organes dans l'autre. Eh bien ! non ; des cas ont été vus dans lesquels la nature s'est suffi à elle-même pour opérer une guérison complète. Plusieurs faits de ce genre très positifs ont été observés par Méduy, par Coutouly, par Joubert, Dehman, par Sédillot le jeune, Champenois : la plupart sont rassemblés dans un travail de ce dernier praticien que je mentionnerai bientôt. Ils ont été repris par M. Moreau, dans des remarques plus récentes qu'il a publiées à l'occasion d'un fait qui s'était présenté à M. Evrat.

Le plus ordinairement, au contraire, c'est le périnée lui-même qui a éprouvé le principal désordre. Ce peut être, d'abord, une simple perforation, mais une perforation étendue, une déchirure centrale, presque toujours à bords frangés, par laquelle on a vu quelquefois sortir l'enfant tout entier. Ici encore la nature livrée à ses propres forces

peut faire des efforts salutaires : que dis-je ? constamment alors la déchirure disparaît ; les parties se consolident sans réunion artificielle, sans suture.

Dans d'autres cas; il s'agit d'une déchirure plus ou moins étendue de la seule partie antérieure du périnée ; le sphincter de l'anus et l'anus lui-même conservent toute leur intégrité. Quoique ce cas semble moins grave que le précédent, moins heureuses peut-être sont les femmes qui ont eu le périnée rompu de cette manière : alors, en effet, les efforts réparateurs de la nature sont toujours incomplets ; une partie de la déchirure seulement se consolide ; et il en résulte l'inconvénient grave, surtout pour une femme jeune encore, d'une vulve qui se prolonge beaucoup en arrière et qui est sans ressort, sans contractilité.

D'autres fois, enfin, il y a division de tout le périnée, déchirure complète de cette partie, et cette division, cette déchirure peut s'étendre à une partie de la cloison recto-vaginale.

Quoique ces mots : division de tout le périnée, déchirure complète de cette partie, soient très significatifs, ou assez explicites par eux-mêmes, je crois devoir aller au-devant de toute incertitude, quant au sens que j'y attache, ou à l'état de choses qu'ils servent à indiquer. Dans cette déchirure complète, tout le point qui sépare la vulve de l'anus est détruit : l'anus, tantôt seul, tantôt et le plus ordinairement avec son sphincter, est compris dans la division. Cela ne peut guère être sans que la cloison recto-vaginale ne soit elle-même entamée ; et elle peut l'être plus ou moins profondément, j'entends dire dans une étendue plus ou moins grande en hauteur : de telle sorte que, lorsqu'on

examine la déchirure, à une époque quelconque, qu'elle soit encore récente ou que les bords en soient déjà cicatrisés, l'éperon que forme alors la cloison recto-vaginale se montre, ou presque droit et au niveau de la surface cutanée, ou échancré jusqu'à la hauteur d'un, de deux, ou de trois centimètres.

Toutes ces variétés, toutes ces formes diverses de la déchirure du périnée, méritent plus que jamais d'être bien connues, bien étudiées, puisque dans les cas où la nature est impuissante à réparer le désordre, l'art peut maintenant intervenir avec de grandes chances de succès. Je suis loin, en m'exprimant ainsi, de vouloir insinuer que ce sujet d'observation ait été entièrement négligé. Presque tous les accoucheurs ont été conduits à mentionner l'accident dont il s'agit : quelques uns en avaient déjà donné des descriptions assez détaillées, dont j'ai pu tirer un grand parti; et nul travail en ce genre ne m'a plus satisfait, et n'est plus remarquable, en effet, surtout eu égard au temps où il remonte, que celui de Sédillot, que j'indiquais déjà il n'y a qu'un moment (1). Et depuis qu'un assez grand nombre de ces déchirures du périnée ont passé sous mes yeux, je n'ai guère eu à étudier que ce qui avait été vu par d'autres observateurs. D'ailleurs, je ne pouvais pas en observer beaucoup qui fussent récentes; le caractère de ma pratique ne le permettait pas : presque toutes les divisions du périnée qui ont pu me servir à confirmer ou à contrôler les faits déjà consignés dans les annales de la science ont été des divi-

(1) *Journal général de médecine*, ou *Recueil périodique de la Société de médecine*, t. LXI, p. 177, 1816.

sions anciennes, et presque toutes étaient des divisions ou déchirures complètes. Vous le verrez plus loin, sur les dix-neuf sutures du périnée que j'ai pratiquées jusqu'à présent, une seule l'a été dans un cas de division incomplète, je veux dire pour une déchirure qui s'étendait seulement jusque très près de la circonférence de l'anus. Au moment où je trace ces lignes additionnelles à mes premières remarques, se trouve confiée à mes soins, dans mon service à l'Hôtel-Dieu, une jeune femme chez laquelle un premier accouchement a occasionné une pareille déchirure du périnée très étendue, mais incomplète. L'accident datait déjà de trois semaines environ lorsque j'ai vu cette jeune femme pour la première fois : il n'y avait point eu de réunion immédiate par les seuls efforts de la nature; rien n'avait été fait non plus pour provoquer, ni même pour favoriser cette réunion; déjà donc la plaie était en suppuration; on ne pouvait plus qu'aider au travail d'une consolidation secondaire. Cette consolidation a déjà fait sous mes yeux quelques progrès. Amènera-t-elle un resserrement convenable de la vulve, qui est maintenant très agrandie? Je l'ignore; ou plutôt je n'espère pas ce résultat des seules forces médicatrices de la nature. Il est problable que besoin sera plus tard de quelque acte réparateur, si la femme veut être délivrée d'une mauvaise conformation de la vulve. Je reviens à la division complète du périnée considérée en elle-même.

V. C'est à ce dernier cas seulement que je m'arrêterai; à lui seul se rapportent les faits que je dois faire connaître. C'est incontestablement le plus grave qui puisse se

présenter, et malheureusement il n'est que trop commun. Parmi les accidents et les lésions physiques qui ne compromettent pas la vie, il n'en est guère de plus déplorable, et je conçois peu de conditions plus dignes de pitié que celle d'une femme qui a éprouvé une rupture complète du périnée et du sphincter de l'anus, avec ou sans déchirure d'une partie de la cloison recto-vaginale, et chez laquelle la partie inférieure du rectum et celle du vagin sont confondues en une sorte de cloaque. Dans ces cas, en effet, il n'y a rien à espérer des efforts de la nature; seule, elle est impuissante à réparer un tel désordre : il faudrait que l'art pût agir incontinent; et je dirai plus tard comment et pourquoi il ne le pourrait alors qu'avec quelques désavantages, Constamment donc les bords de la fente du périnée, ceux de l'échancrure qui existe à la cloison recto-vaginale, quand cette cloison elle-même participe à la rupture, restent séparés l'un de l'autre : d'abord ils suppurent, puis ils se cicatrisent isolément; et bientôt la solution de continuité revêt les apparences d'une conformation vicieuse naturelle. Toujours alors, à moins d'une heureuse intervention des ressources de la chirurgie, le périnée a complétement disparu; la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule et même voie ; là où ces deux ouvertures étaient si distinctes l'une de l'autre et si bien séparées par le périnée, il n'y a plus qu'une fente unique, un sinus profond à bords, ou droits, ou irrégulièrement ondulés et revêtus par un tissu muqueux; et pour peu que la division s'étende à la cloison recto-vaginale, la partie inférieure du rectum et celle du vagin forment un vrai cloaque.

VI. Combien est triste la condition d'une femme en cet etat! Ce n'est pas qu'il soit interdit à cette femme de concourir encore à la propagation de son espèce; désormais elle pourra même éprouver le bonheur d'être mère sans l'acheter par de trop vives souffrances. Une dame dont je parlerai avait éprouvé une déchirure complète du périnée dans un premier accouchement, et venait de mettre au monde un second enfant peu de temps avant que je lui fisse la suture de cette partie. J'ai connu une dame anglaise qui avait éprouvé le même malheur dans un premier accouchement, et qui était en possession d'une famille composée de douze enfants. La femme opérée par Noël de Reims, à l'époque où, vers la fin du siècle dernier, furent reprises les tentatives de restauration du périnée, avait eu sept autres enfants depuis que chez elle cette partie avait été déchirée dans un premier accouchement. Je suis sûr qu'on recueillerait dans le monde nombre de cas semblables; et peut-être qu'à force d'art, de ruse, d'adresse, et par je ne sais quelles supercheries, des femmes parviennent à cacher une infirmité si propre à inspirer du dégoût. Mais quand elle est connue, et pour que ce dégoût soit surmonté, ne faut-il pas ou le délire des sens porté à l'excès, ou un sentiment plus qu'ordinaire des devoirs presque sacrés qu'impose l'union conjugale? Non seulement une femme chez qui le périnée n'existe plus n'est femme qu'à demi, au moins en ce qui concerne l'appareil extérieur de la génération; non seulement elle a perdu, toute jeune qu'elle peut être, et qu'elle est le plus ordinairement, une partie des charmes physiques dont la nature l'avait pourvue; mais une

des plus graves incommodités qu'il y ait, une incommodité dégoûtante l'afflige encore continuellement : son sort est presque aussi misérable que celui des personnes qui sont affectées d'un anus contre-nature. Comme le sphincter de l'anus a été déchiré et ne peut plus se contracter, comme toute action a cessé à la partie inférieure du rectum, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux aussitôt qu'ils parviennent au terme de leur cours, ni à la sortie ou continuelle, ou du moins trop souvent répétée, et presque involontaire des matières fécales. Sans doute celles-ci peuvent séjourner quelque temps encore dans l'intestin rectum quand elles y arrivent avec une certaine consistance; mais sont-elles molles? le besoin de les rendre se produit à tout instant; il est vif et pressant : et si elles sont encore dans un état plus voisin de l'état liquide, elles s'échappent involontairement, inondent le vagin et toutes les parties voisines. Les femmes qui sont en proie à une telle infirmité sont presque toutes obligées de vivre dans une solitude contraire à leur âge, à leur sexe, à leurs habitudes; elles tombent dans une profonde tristesse, presque toujours leur santé s'altère; elles perdent leur fraîcheur. Je connais peu de positions plus dignes de pitié.

VII. Dès longtemps les chirurgiens ont pensé qu'il n'était peut-être pas impossible de reconstituer ou de refaire le périnée rompu dans l'accouchement. Quelques-uns seulement l'ont tenté ; et si quelque chose doit étonner, c'est que ce projet n'ait pas été suivi avec plus d'ardeur, c'est qu'on n'ait pas fait plus d'efforts pour réussir. Sans

doute l'état naturel de tension, ou le peu d'extensibilité des parties voisines du périnée, rend le rapprochement de ces parties difficile à opérer; sans doute la communication incessante ou continuelle d'une plaie qu'on veut réunir avec des organes d'où sortent continuellement du mucus, des matières, des liquides irritants, peut être un empêchement à la réunion de cette plaie; sans doute l'évacuation des matières fécales par l'anus, si elle devait se faire trop promptement, est une autre circonstance contre laquelle il faut être en garde; sans doute, enfin, c'est une chose désavantageuse que les parties qui entrent dans la composition du périnée soient si molles, si lâches, si peu charnues, et si peu propres conséquemment à éprouver une inflammation simplement adhésive. Voilà des difficultés à vaincre, des obstacles à éloigner; mais ces difficultés, ces obstacles ne sont point absolus, puisque déjà depuis longtemps, mais de loin en loin, on a obtenu quelques succès. Il s'agissait donc de trouver le moyen de réussir, sinon toujours, du moins dans le plus grand nombre de cas.

VIII. L'honneur de la première tentative appartient à la chirurgie française. C'est Guillemeau, disciple, émule et contemporain de notre Ambroise Paré, qui rapporte le premier fait relatif à la suture du périnée; c'est par lui que l'opération avait été pratiquée. Il avait mis en usage ce que nous appelons la *suture à points entrecoupés :* l'opération avait réussi. Indépendamment de la grande confiance que ce célèbre chirurgien inspire, le fait est rapporté avec les circonstances les plus propres à en garantir l'authenticité. Je n'en puis dire autant d'un cas,

de succès attribué à un chirurgien obscur dont il est parlé dans les *Éphémérides des curieux de la nature*, recueil qui n'a pas toujours un caractère suffisant de vérité. Plus tard Mauriceau, Lamotte, Smellie ont paru croire qu'on pouvait entreprendre la restauration du périnée; ils la conseillent, indiquent la suture à points passés, mais sans dire s'ils ont réellement tenté cette opération, et sans faire connaître les résultats qu'il en auraient obtenus. C'était y attacher peu d'importance; c'était en quelque sorte l'abandonner. On n'y pensait plus, en effet, lorsque, vers la fin du siècle dernier, deux chirurgiens français, Noël, de Reims, et Saucerotte, de Lunéville, l'entreprirent chacun une fois, et l'entreprirent avec succès, Saucerotte en pratiquant une suture à surjet, et Noël en employant la suture qu'on nomme *suture entortillée*. Ces deux faits font époque dans la science. Pendant longtemps ils ont été les seuls connus, les seuls cités, et ont fait la base unique des brèves considérations qu'on trouve consignées sur la restauration du périnée dans nos ouvrages classiques. Noël et Saucerotte ont presque passé pour des inventeurs; on a admiré leur courage, mais sans montrer beaucoup d'empressement à marcher sur leurs traces. La chirurgie anglaise, si belle à tant d'égards, émule et rivale de la nôtre, s'est montrée tout à fait stérile sur ce point. Les chirurgiens français de notre époque ont montré presque tous la même indifférence, ou bien ont été découragés par quelques non-réussites, sans rechercher aucunement si, par des voies nouvelles, on ne pouvait point arriver à de meilleurs résultats. L'homme célèbre qui avait été mon maître avant que je tinsse à lui par les

liens du sang, et que la mort vient d'enlever à l'Académie, Boyer n'avait jamais, dans le cours de sa longue carrière, pratiqué la suture du périnée; et dans son grand ouvrage de chirurgie, il se borne à ne pas désapprouver les nouveaux essais qu'on voudrait faire, mais sans montrer beaucoup de confiance. Son contemporain d'âge et son égal en renommée, qui vit encore, M. Dubois, le père, l'a faite une seule fois, et n'a point réussi; son fils, M. Paul Dubois, mon collègue, l'a tentée une fois aussi pareillement, à l'hospice de la Maternité : même revers. L'un et l'autre avaient suivi les errements tracés par Noël et Saucerotte, c'est-à-dire qu'ils avaient mis en usage la suture entortillée. Cependant, depuis que mes succès connus ont rappelé l'attention sur ce sujet, on parle d'une tentative, et d'une tentative heureuse faite par M. Dupuytren, il y a douze ou quinze ans, mais à laquelle il avait attaché peu d'importance; et l'un de nos recueils périodiques de médecine, celui qu'on nomme *Revue médicale*, contient le récit d'un cas où cette suture du périnée a été pratiquée à peu près dans le même temps et avec un résultat également favorable, par M. Montain le jeune, l'un des plus habiles chirurgiens de Lyon; je dois à la vérité de dire que dans le cas dont il s'agit, cas dont j'ai eu connaissance, il y a très peu de temps, M. Montain a fait, pour une partie de son opération, quelque chose qui se rapproche du procédé dont je croyais avoir eu complétement la première idée.

Vous n'avez pas oublié, mon cher Lawrence, que les pages précédentes sont extraites d'un travail écrit et publié en 1834. Permettez-moi maintenant une courte

digression, car j'éprouve le besoin de m'interrompre pour vous soumettre quelques remarques sur l'un des faits qui viennent d'être rapportés.

Pour l'exactitude historique, et pour ne pas paraître avoir commis un oubli volontaire, j'ai dû indiquer la tentative de restauration du périnée qu'on attribue à Dupuytren; qui, si le fait était vrai, remonterait déjà à plus de trente ans; et qui enfin serait plus qu'une simple tentative, puisque le succès, et un succès des plus remarquables, aurait suivi l'opération faite par la suture à points séparés. Mais il est toujours resté dans mon esprit, et je conserve encore des doutes sur la réalité du fait. Dupuytren n'en a parlé dans ses leçons, vers la fin de 1832, qu'après que mes premières périnéoraphies furent connues. Pourquoi donc avait-il si longtemps gardé le silence sur un fait aussi important? Pourquoi donc n'a-t-il pas saisi tant d'occasions qui ont dû lui être offertes de pratiquer la même opération, et d'en faire profiter d'autres malheureuses femmes affectées d'une déchirure du périnée? Car ce désordre, seulement par les efforts de la parturition, se montre encore assez fréquemment. Je connais un certain nombre de femmes qui conservent leur infirmité : à côté de cela, j'en ai opéré quinze en vingt années, et d'après quelques renseignements, un peu vagues, à la vérité, qui me sont parvenus, j'ai lieu de présumer qu'un même nombre de femmes, au moins, ont été soumises à l'opération par d'autres chirurgiens. Même s'il a été sincère, et s'il n'a pas composé après coup une petite histoire en quelque sorte romanesque, Dupuytren a commis une grande indiscrétion en racontant que la

personne qu'il avait délivrée d'une déchirure du périnée survenue dans un accouchement clandestin, était une demoiselle du monde; que cette personne s'étant mariée plus tard, elle lui avait été présentée par le mari qui, vu l'étroitesse de la vulve, n'avait pu accomplir l'acte conjugal, et réclamait les secours de la chirurgie, pour lever des obstacles qu'il croyait naturels. N'aurait-il pas pu se faire qu'un tel récit parvînt à la connaissance de l'homme dont la confiance avait été trompée (1)?

Après ces remarques qui, comme vous le voyez, ont bien leur utilité, revenons, si vous le voulez, à mon Mémoire académique. Je vous ai parlé jusqu'ici des tentatives faites en France par les chirurgiens qui m'ont précédé.

IX. Cependant aussi, et depuis le commencement de ce siècle, quelques chirurgiens allemands ont eu pitié de ces malheureuses femmes chez lesquelles le périnée a été rompu dans l'accouchement. Ils ont essayé de faire revivre la suture de cette partie; surtout ils ont discuté avec sagesse la question de l'époque la plus opportune pour entreprendre cette opération : tels Mursinna, Mentzel, Osiander, et plus spécialement encore M. Dieffenbach à Berlin. Les uns proposent la suture à points passés ou séparés, les autres recommandent la suture entortillée. Aucun n'a eu la pensée d'appliquer ici cet autre moyen de synthèse qui a nom *suture enchevillée;* et, s'il faut en croire M. Dieffenbach, il n'y a guère à espérer de succès

(1) Voyez *Gazette médicale*, 1832, p. 685. — Pigné, traduct. de Chélius, t. I, p. 262.

qu'en pratiquant deux incisions parallèles sur les côtés de la vulve et du périnée, incisions par lesquelles on prévient le tiraillement et une trop forte distension des parties voisines de celles qui doivent être embrassées dans des anses de fil, ou traversées par des aiguilles. C'est ainsi qu'a agi le chirurgien de Berlin dans plusieurs cas; et deux fois, mais deux fois seulement, ses efforts ont été couronnés de succès. Osiander a pareillement réussi une fois, et sans le secours de ces incisions verticales sur les côtés du périnée. On connaissait en France ces nouvelles tentatives faites par les chirurgiens allemands; on voulait bien croire à la réalité de quelques succès obtenus par eux, mais ces succès étaient considérés comme des faits tout à fait exceptionnels. Surtout on ne pouvait croire qu'il fût jamais possible de trouver pour la restauration du périnée une méthode applicable à tous les cas, et qui, dans la main même des chirurgiens les plus habiles, pût offrir des probabilités suffisantes de succès. On avait donc abandonné cette opération comme étant, sinon trop difficile dans l'exécution, du moins trop incertaine et trop chanceuse dans ses résultats.

X. Tel était donc naguère l'état de la science; telle était aussi parmi nous, à Paris, la disposition des esprits relativement à la suture du périnée; et moi-même, si impatient, si désireux de voir reculer le plus possible les limites de ce que, dans cette enceinte, il y a quatre ans, j'ai appelé la *chirurgie restauratrice*, et qui ai tant recherché les occasions de concourir aux progrès de l'art sous ce rapport, moi-même, dis-je, je partageais la prévention gé-

nérale contre cette opération : je n'avais pas la moindre velléité de renouveler les tentatives faites à différentes époques par les chirurgiens dont j'ai parlé, lorsque se présenta le cas suivant qui a fait une si grande révolution dans mes pensées, et qui sera, j'en suis convaincu, le signal d'un heureux progrès en chirurgie, et un premier pas assuré vers une conquête durable.

XI. Une jeune dame de la Normandie vint à Paris au mois de décembre de l'année 1831, il y a deux ans. C'était l'épouse de M.***, médecin à Valognes, une petite ville du département de la Manche; elle avait vingt-deux ans. Mariée à dix-neuf, elle était devenue enceinte presque immédiatement après son mariage, et accoucha lorsqu'elle touchait à peine à sa vingtième année. L'accouchement avait été long, pénible; on avait dû recourir à l'application du forceps; et les efforts nécessaires pour amener au dehors la tête de l'enfant, et mettre fin à son séjour trop prolongé dans l'excavation du bassin, efforts bien ou mal conduits, bien ou mal dirigés, avaient produit la déchirure du périnée. Cette déchirure avait été aussi complète que possible; la cloison recto-vaginale y avait participé dans l'étendue d'un demi-pouce environ. La nature n'avait rien fait pour la réparation du désordre. Deux ans s'étaient écoulés depuis l'événement, lorsque cette jeune dame, dont on m'avait déjà parlé, me fut présentée, et lorsqu'il me fut loisible de l'examiner attentivement. La déchirure s'était faite très exactement sur la ligne médiane; les bords, parfaitement cicatrisés, étaient d'ailleurs souples, flexibles, sans induration, sans callosités aucunes. On eût

dit, à leur apparence, une division congéniale plutôt qu'une fente du périnée provenant d'une solution de continuité accidentelle. L'anus et la vulve ne formaient qu'une seule et grande ouverture; il fallait en écarter les bords pour apercevoir ses limites sur la cloison recto-vaginale. Toutes les incommodités dont j'ai parlé précédemment, et qui sont la suite inévitable de toute déchirure complète du périnée, cette jeune dame les éprouvait au plus haut degré. Aussi était-elle tombée dans la plus grande tristesse et la plus profonde mélancolie. Cependant, pour être moins fatiguée par le besoin trop souvent répété d'aller à la garde-robe, ou pour éviter l'issue involontaire des matières fécales, elle avait la ressource des préparations d'opium, dont elle éprouvait l'action astringente d'une manière remarquable, et au moyen desquelles elle pouvait se procurer à volonté et au besoin une constipation plus ou moins longtemps prolongée. Malgré cela, elle s'était réduite à ne prendre que la quantité d'aliments bien strictement nécessaire à l'entretien de la vie, en même temps que, dans la crainte d'être surprise par un besoin impérieux de rendre des vents ou des matières, besoin qu'elle n'aurait pu maîtriser, elle vivait presque entièrement retirée du monde.

XII. Pressé par le mari de cette jeune dame, j'accédai aux vœux de l'un et de l'autre, et je consentis à faire une opération sur laquelle je ne connaissais alors avec quelques détails que les observations déjà un peu anciennes de Noël et de Saucerotte, et les tentatives plus nouvelles de M. Dieffenbach. Je n'espérais pas réussir. Cependant la

forme régulière de la solution de continuité, le si vif désir qu'avait la malade d'être affranchie de ses incommodités et d'être délivrée de sa triste position, la patience et le courage dont elle se sentait capable, quelles que dussent être les douleurs de l'opération, son âge, la parfaite santé dont elle jouissait malgré sa profonde affliction, et bien qu'elle eût perdu une partie de son embonpoint naturel, tout semblait se réunir pour autoriser l'entreprise. Je devais aussi considérer comme une circonstance favorable la facilité que cette jeune dame avait acquise de supporter pendant un temps assez long le régime le plus austère, et de se procurer une constipation prolongée au moyen des préparations d'opium. De cette manière, en effet, il y avait possibilité de suspendre les évacuations alvines, non pas seulement pendant quelques jours, mais pendant tout le temps nécessaire à l'entière et parfaite consolidation du périnée, si cette consolidation devait avoir lieu, et d'éloigner ainsi un des plus grands obstacles au succès de l'opération : et toutefois ce que j'ai cru devoir faire à cet égard chez la dame dont il s'agit ne conviendrait certainement pas dans d'autres cas. J'ai pu, chez elle, profiter d'une circonstance toute particulière, et l'on verra que je l'ai fait sans inconvénient ; mais il doit être généralement préférable de provoquer de bonne heure des selles très molles ou même liquides, afin d'éviter toute dilatation de l'anus et tout tiraillement des parties dont on veut obtenir la réunion. Telle a été ma règle de conduite dans toutes mes autres sutures du périnée.

XIII. L'opération tant désirée par cette jeune dame fut

faite une première fois au mois de janvier 1832. Comme je n'avais encore aucune expérience propre relativement à la suture du périnée, je crus devoir suivre la route frayée, et je fis choix, pour rapprocher les parties amenées à l'état de cruentation, et pour les maintenir dans un contact exact, de la suture dite *entortillée*. C'est celle qu'on pratique si communément aux lèvres, aux paupières et sur d'autres parties du visage, et ailleurs encore toutes les fois qu'on tient à ce que la cicatrice qui doit suivre la guérison d'une plaie soit simplement linéaire, et qu'elle soit exempte autant que possible de difformité, ou bien encore quand on veut contenir un liquide dont le passage entre les bords d'une plaie pourrait mettre empêchement à leur adhésion. A peine est-il besoin de dire qu'on emploie des aiguilles courtes ou longues, petites ou grosses, selon la force et l'épaisseur des bords de la plaie qu'il s'agit de réunir : nulle part il n'en faut d'aussi longues et d'aussi grosses que pour le périnée.

XIV. En choisissant la suture entortillée pour l'opération que j'avais à faire, je n'étais qu'imitateur. Comme à tous ceux qui ont parlé jusqu'ici de la restauration du périnée, ou qui l'ont tentée, cette suture me paraissait le procédé à l'aide duquel on pouvait le mieux établir entre les parties fraîchement avivées un contact si exact, une coaptation si parfaite, qu'elles ne pussent pas être humectées par les mucosités du vagin, ou par les excréments liquides pendant le temps nécessaire à leur consolidation. Il ne me vint pas d'abord à l'esprit que la chirurgie possé-

dait pour atteindre ce but un moyen encore plus efficace ; je ne pensai point à la suture enchevillée ou emplumée qui, jusqu'alors, n'avait été affectée qu'aux plaies des parois de l'abdomen, et peut-être a-t-il fallu la non-réussite d'une première opération faite avec la suture entortillée pour que je songeasse plus tard à appliquer cet autre moyen de synthèse à la restauration du périnée.

XV. J'avais fait construire tout exprès de très longues et très grosses aiguilles d'argent, garnies à l'une de leurs extrémités d'un fer de lance d'acier amovible. Une première partie de l'opération consista dans l'avivement des bords de la division : j'enlevai de chaque côté un lambeau à peu près quadrilatère, long de deux pouces environ, mais fort mince ; car, bien que les parties qui avaient formé autrefois le périnée fussent assez souples, et pussent être assez aisément rapprochées d'un côté à l'autre, encore devais-je éviter de leur faire éprouver une perte de substance trop considérable. Mais en formant chacun de ces deux lambeaux, je pris le soin d'anticiper un peu sur la peau d'une part, et d'une autre part sur les parois du vagin ; et tous deux furent assez prolongés de l'anus vers les grandes lèvres, pour qu'après la suture faite, et l'opération terminée, l'entrée du vagin fût plutôt un peu trop étroite que trop large. Je voulais ainsi mettre en contact des surfaces aussi étendues que possible, et augmenter de cette manière les chances de succès de l'opération. J'avivai séparément, et en second lieu, les deux lèvres de la petite fente qui se prolongeait sur la cloison recto-vaginale, et les embrassai dans un point de suture simple.

Tout cela fait, je procédai à la suture entortillée sur les parties molles extérieures, c'est-à-dire sur le périnée proprement dit.

XVI. Avoir indiqué précédemment en quoi cette suture consiste, c'est presque avoir dit comment on la pratique, et comment je l'ai faite dans le cas dont il s'agit; une description détaillée de la manière dont elle a été exécutée serait chose superflue. On présume bien que j'ai dû placer plusieurs aiguilles; j'en ai mis quatre, en effet, séparées les unes des autres par des intervalles d'un demi-pouce; on devine le soin que j'ai eu de les engager d'un côté, et de les faire sortir de l'autre à plus d'un pouce de chacune des lèvres de la division; celui que j'ai eu de les faire pénétrer profondément, jusque près des parois du vagin, de manière à comprendre dans les points de suture toute l'épaisseur du périnée; et comment enfin, en contournant les fils sur les extrémités des aiguilles, je dus être attentif à ne les serrer ni trop ni trop peu. Sous ces divers rapports, tout se passa au gré de mes désirs, et bien que les parties du périnée qui restaient à découvert me parussent un peu étendues, elles ne l'étaient pas assez pour qu'on pût craindre une déchirure des parties embrassées par les points de suture. Je me dispensai donc, comme je m'en suis toujours dispensé depuis, car cela est réellement inutile, de faire les entailles latérales qui ont été tant recommandées par M. Dieffenbach. Je retranchai les bouts trop longs des aiguilles; sous ces bouts ainsi réduits, je plaçai du linge pour garantir la peau de toute pression douloureuse; après quoi, j'avisai un moyen de tenir les

cuisses exactement rapprochées l'une de l'autre et de prévenir leur écartement involontaire pendant le sommeil.

XVII. Médecin, comme je l'ai dit, et médecin habile, le mari de la malade l'entoura de la plus tendre sollicitude, lui prodigua des soins dirigés avec une grande intelligence. Malgré ses efforts et les miens, malgré le courage dont la malade avait fait preuve, et la patience qu'elle montra consécutivement à l'opération, je devais être une première fois trompé dans mon attente; ou plutôt, mes craintes devaient se réaliser. Cependant, les choses se passèrent d'abord de la manière la plus heureuse, ou du moins la plus favorable en apparence. Il ne survint pas d'accidents; autant qu'on pouvait juger de l'état des bords de la plaie et des autres parties cachées par les fils de la suture, l'inflammation ne s'y était développée qu'à un degré convenable; la malade n'y ressentait qu'une douleur légère. On avait le soin de la sonder chaque fois qu'elle éprouvait le besoin de rendre l'urine, pour éviter l'écoulement de ce liquide sur la plaie; et la seule diète, mais une diète absolue, avait suffi pour suspendre les évacuations alvines, qui ne se rétablirent même que quelques jours après l'entière désunion des parties. Nous étions arrivés au septième jour; six jours pleins s'étaient écoulés depuis le moment de l'opération, lorsque je me décidai à retirer les aiguilles et à enlever les fils qui avaient servi à faire la suture. On eût dit alors que la réunion s'était opérée; les deux parties du périnée se maintenaient en contact immédiat. Mais une matière simplement glutineuse mettait momentanément obstacle à leur rétraction, la réunion n'était qu'apparente:

deux jours après tout était désuni ; après quoi les choses reprirent promptement leur état primitif.

XVIII. Malgré ce fâcheux résultat, si propre à décourager, il fut bientôt décidé entre la patiente, son mari et moi qu'une nouvelle opération serait pratiquée. Nul motif, en effet, autre que la crainte de ne pas mieux réussir une seconde fois que la première, ne pouvait détourner de l'entreprendre. Je n'avais eu à vaincre que des difficultés fort ordinaires, et aucun changement n'était advenu par le fait de la première opération, qui dût être une source de difficultés plus grandes ou d'obstacles nouveaux à la réussite. Les parties sur lesquelles il fallait agir devaient avoir repris bientôt leur souplesse et leur extensibilité première ; elles n'avaient éprouvé aucune déchirure nouvelle, aucune nouvelle déformation, puisque aucune eschare ne s'y était formée ; et l'on ne devait tenir aucun compte de la perte de substance si légère qui avait été produite par un premier avivement des bords de la déchirure. Mais la malade avait été affaiblie par un assez long séjour au lit, par la diète rigoureuse à laquelle elle avait été soumise pendant quelque temps, par le chagrin que lui causa le non-succès d'une première tentative, et par la crainte qu'elle dut naturellement concevoir de ne pas recueillir le prix d'un nouveau courage et d'une nouvelle résignation ; il fallait lui laisser reprendre des forces, et se donner le temps de voir renaître l'espérance dans son âme. Puis, nous avions atteint le fort de la saison rigoureuse ; c'était un moment peu favorable pour une opération qui n'avait rien d'urgent. Enfin, nous étions alors dans la pénible attente de l'épidémie de choléra

qui a fait parmi nous de si grands ravages, et bientôt, en effet, éclatacette épidémie, que la malade eut le courage de braver, et qui ne l'empêcha pas de rester à Paris. Ainsi, plusieurs mois s'écoulèrent, et nous ne trouvâmes le moment opportun pour entreprendre une opération nouvelle qu'à la fin du mois de mai.

XIX. Toutefois, durant ce long délai ou cette longue temporisation, je méditai sur ce qui avait pu me faire échouer une première fois, et sur ce qui avait fait échouer d'autres chirurgiens, et des chirurgiens habiles, dans d'autres tentatives du même genre. Je ne tardai pas à être convaincu que ce qui avait dû mettre obstacle à la réussite, c'était que même avec la suture entortillée, qui n'agit avec toute la puissance possible qu'à l'extérieur, on ne peut pas établir un contact exact entre les parties les plus profondes de la plaie; que le fond de celle-ci reste béant du côté du vagin, et qu'ainsi ses bords peuvent être continuellement humectés par des mucosités, qui découlent d'autant plus abondamment de cette dernière partie qu'elle-même participe à l'inflammation du périnée. Dans ma pensée, je considérais comme une moindre source d'inconvénients la nécessité du passage des matières fécales par l'anus, puisque, d'une part, il n'est pas impossible d'obtenir, par des moyens artificiels, une constipation prolongée, et que, par des moyens d'un autre genre, on peut rendre les excréments tellement liquides, ou si mous, que leur sortie puisse s'effectuer sans qu'il y ait à craindre la déchirure des parties qu'on veut réunir. Il me vint assez promptement à la pensée que je multiplierais

les chances de succès de l'opération nouvelle, et que j'éloignerais presque infailliblement la circonstance principale qui avait dû empêcher la réussite de la première, en substituant à la suture entortillée une autre suture jusqu'ici réservée pour les plaies pénétrantes de l'abdomen, précisément parce qu'elle est plus propre que toute autre à agir sur les parties profondes d'une plaie de ce genre, et qu'on nomme *suture enchevillée*. Elle tire son nom de ce que des chevilles ou de petits corps cylindriques sont placés parallèlement aux bords d'une plaie, et parallèlement à eux-mêmes, dans les fils dont les extrémités font anse, et qui, traversant les parties qu'on a l'intention de rapprocher et de réunir, peuvent être tendus à un degré plus ou moins considérable. Dans cette suture, me suis-je dit, comme c'est avec des aiguilles courbes qu'on conduit et qu'on place les fils ou ligatures, on doit pouvoir agir plus profondément, et embrasser avec les ligatures, qui d'ailleurs doivent être très fortes, plus de parties qu'avec des aiguilles droites. Les fils, bien qu'ils se redressent par la tension qu'on leur fait subir, ne doivent pas prendre une rectitude et surtout une rigidité semblables à celles des aiguilles droites qui restent dans une plaie réunie par la suture entortillée; on a, dès lors, moins à craindre une trop prompte division des parties qu'ils touchent immédiatement; puis, au moyen des cylindres, et quoique des intervalles plus ou moins grands séparent les ligatures elles-mêmes, la double pression latérale de laquelle résulte le rapprochement des bords de la plaie est égale, uniforme dans toute leur longueur, et doit produire une coaptation plus exacte; et cette double pression produit son effet au-

tant et plus même sur les parties profondes que sur les parties superficielles; à quoi il faut ajouter que, dans la suture enchevillée, il n'y a point étreinte, constriction des bords de la plaie; ces bords sont seulement attirés de loin, poussés, pressés l'un contre l'autre, et tout à fait libres à l'extérieur; dès lors, ils sont moins susceptibles d'être coupés ou déchirés par des points de suture qui seraient trop longtemps en place; et, chose non moins importante, tout passage de liquide entre les surfaces rapprochées, et mises en contact, doit être impossible; toute communication entre le fond de la plaie et l'extérieur doit être interceptée. Voilà par quels raisonnements je parvins à me persuader qu'il y avait plus de chances de succès en appliquant la suture enchevillée à une division, et surtout à une division complète du périnée, qu'en pratiquant la suture entortillée.

XX. L'événement a confirmé toutes mes conjectures et justifié mes prévisions. Quelques mots suffiront maintenant pour faire comprendre le caractère particulier de la seconde opération pratiquée sur cette jeune dame. Les apprêts et tous les soins préliminaires furent les mêmes que pour la première. L'avivement des parties cicatrisées fut fait de la même manière absolument, et par les mêmes moyens; peut-être seulement y ai-je apporté un soin encore plus grand, et ai-je été encore plus attentif à faire que les deux plaies fussent parfaitement régulières et bien semblables l'une à l'autre. Je plaçai trois ligatures, et en faisant agir les aiguilles courbes conductrices des fils, d'un côté de dehors en dedans, et de l'autre de

de dedans en dehors, j'eus le soin d'empiéter un peu sur les parois du vagin, mais assez seulement pour opérer sur ces parois une légère traction, et pour pouvoir mettre en contact les deux plaies dans tous les points de leur étendue. Les ligatures étant placées, j'employai pour cylindres deux morceaux d'une bougie de gomme élastique un peu forte : l'une des deux fut placée dans les anses que les ligatures doublées formaient d'un côté, et l'autre, du côté opposé, entre les chefs isolés de toutes ces ligatures; je terminai en formant avec les deux bouts de chaque fil sur le second cylindre, d'abord un nœud simple très serré, puis un nœud bouclé. Je ne craignis pas de presser les bords de la plaie l'un contre l'autre un peu fortement. Je ne dois pas oublier de dire que comme, par la manière dont elle agit, la suture entortillée fait un peu saillir en dehors les bords de la plaie, et qu'ainsi, par elle, la coaptation n'est jamais aussi parfaite à l'extérieur qu'on pourrait le désirer, j'avais songé d'avance à prévenir cet effet et à mettre la peau en contact avec elle-même. J'y parvins au moyen de ligatures minces que j'avais engagées dans les différents points de suture avec les ligatures principales, et qui me servirent à faire comme autant de points de suture simple, fort peu serrés toutefois. Ainsi j'avais tout prévu, tout calculé, tout combiné si bien, et tout se passa si bien aussi comme je l'avais désiré, que j'ai fait peu de choses en chirurgie qui m'aient autant satisfait sous le rapport de l'exécution. Après la suture terminée, les parties voisines du périnée ne me paraissant pas plus tendues que dans la première opération, je me dispensai encore de faire les incisions latérales recommandées par M. Dief-

fenbach. La malade fut ensuite soumise aux mêmes soins qui déjà lui avaient été prodigués.

XXI. Je ne fis rien pour provoquer les selles, pensant bien que la constipation qui, la première fois, n'avait cessé que bien après la désunion des parties, nous favoriserait pareillement dans cette seconde tentative. En effet, elle a persisté jusqu'au vingt-deuxième jour. C'est à cette époque seulement que la malade dut satisfaire pour la première fois au besoin d'aller à la garde-robe. Toutefois l'expulsion des matières, lesquelles formaient une masse assez considérable, et avaient acquis une grande consistance, ne se fit pas sans beaucoup de peine ; il fallut même y aider par des pressions exercées de haut en bas avec un doigt introduit dans le vagin. Mais à l'époque dont il s'agit, une défécation encore plus laborieuse n'aurait pu rompre des parties entre lesquelles s'était opérée l'union la plus intime, et dont la continuité était parfaitement rétablie. En m'exprimant ainsi, j'indique quels ont été l'issue et le résultat de la seconde opération dont j'ai rapporté les principaux détails. Cette opération, en effet, eut le succès le plus complet. J'avais enlevé les cylindres et retiré toutes les ligatures au commencement du septième jour. Déjà, à cette époque, on voyait distinctement qu'il y avait entre les deux moitiés du périnée autre chose qu'une simple agglutination : déjà elles étaient assez solidement réunies, et il aurait fallu un certain effort pour les séparer : insensiblement la cicatrice avait acquis plus de force et de solidité, et bientôt la consolidation du périnée avait été parfaite. A l'époque où la malade dut aller à la garde-robe

pour la première fois, l'anus était plutôt trop étroit que trop large. Le périnée ainsi reconstitué ne différait en rien de ce qu'est cette partie dans l'état naturel, surtout chez une femme dont les organes sexuels n'ont point encore été mis en jeu. Il avait deux pouces de longueur; un raphé linéaire le partageait en deux moitiés parfaitement semblables. En l'explorant soit du côté du vagin, soit du côté de l'anus, on le sentait épais et solide, j'oserais même dire vigoureusement constitué. C'est ce qu'a pu constater avec moi M. Danyau, qui, après avoir assisté aux deux opérations, a pu examiner attentivement notre jeune malade avant qu'elle quittât Paris, ce qu'elle fit vers la fin du mois de juin 1832. A cette époque, toutefois, il existait encore sur la cloison recto-vaginale, immédiatement au-dessus du périnée, une ouverture de communication du rectum avec le vagin, une sorte de fistule. Mais cette ouverture était fort petite; elle livrait passage à des gaz, et de temps à autre seulement; les matières fécales ne la franchissaient pas. Depuis elle s'est fermée complétement.

XXII. Dès cette époque aussi j'avais permis à la femme et au mari de reprendre leurs habitudes conjugales : seulement je désirais que cette dame ne fût point exposée à devenir enceinte, au moins prochainement; j'étais même enclin à souhaiter pour elle qu'elle ne le redevînt jamais. Mais il devait en être autrement, et il m'était réservé d'avoir le complément heureux d'un cas aussi remarquable. Quelques mois seulement s'étaient écoulés, et le mari m'écrivait du lieu qu'il habite : « Nous avons usé

» de la liberté que vous nous avez accordée ; les habi-
» tudes conjugales ont été reprises, non sans quelques
» difficultés premières à vaincre, mais bientôt avec toute
» l'aisance et tout le charme désirables : je verrais ma
» femme enceinte sans trop d'inquiétudes. » C'était assez dire que je ne tarderais pas à recevoir l'annonce de son état de grossesse. En effet, nonobstant mes vœux et mes désirs, cette dame est devenue enceinte vers la fin de l'année même de l'opération. Nonobstant aussi les appréhensions qu'il était bien permis d'avoir, l'accouchement a été des plus heureux ; il s'est terminé par les seuls efforts de la nature, après quelques heures de souffrances, et sans avoir présenté rien de particulier : quoique le périnée se soit trouvé exposé pendant assez longtemps à tous les efforts d'un travail fort actif, cette partie n'a éprouvé aucune déchirure nouvelle, ou complète ou incomplète, pas même le plus léger éraillement. Ainsi donc cette jeune dame n'est plus seulement délivrée d'une horrible mutilation, qui semblait marquée au coin de l'incurabilité ; elle jouit encore une fois du bonheur d'être mère, sans que son amour-propre ait eu à souffrir d'un trop froid dévouement de l'amour conjugal.

Je puis vous donner aujourd'hui, mon cher Lawrence, quelques détails de plus sur l'observation précédente ; je l'avais rédigée trois mois environ après l'heureux accouchement de madame L..., et la naissance d'une fille qui a maintenant dix-neuf ou vingt ans. Cette dame est devenue enceinte une autre fois encore, et a donné le jour à une autre fille qu'elle a élevée avec le même bonheur. Le périnée, mais seulement le périnée propremen

dit, a résisté dans cette seconde couche comme il avait résisté dans la couche précédente ; il n'y a pas même eu le moindre éraillement dans la partie antérieure. Mais, dans cette seconde couche, la cicatrice de la cloison recto-vaginale s'est rompue : une ouverture fistuleuse, pouvant livrer passage, non seulement aux gaz intestinaux, mais encore à une certaine quantité de matières fécales, quand ces matières sont molles ou liquides, s'est établie de nouveau, immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus. Cette ouverture s'est maintenue ; je sais qu'elle subsiste encore actuellement, et qu'ainsi madame L... est moins complétement délivrée de son infirmité première qu'elle ne l'avait été pendant trois ou quatre ans après l'opération qu'elle a subie. Presque certaine qu'elle était de ne plus avoir d'enfants, et de ne plus être exposée à un nouvel éraillement de la cloison recto-vaginale, elle a voulu que par une opération pratiquée sur cette cloison seulement, je tentasse de fermer l'ouverture fistuleuse. C'est ce que j'ai fait après quelques années passées. Pour cela, madame L... était venue à Paris. J'échouai dans une première tentative ; une seconde, après quelques semaines d'attente, ne fut pas plus heureuse. Chaque fois j'avais avivé les bords de l'ouverture fistuleuse, laquelle était à peu près ovalaire de haut en bas, et j'avais pratiqué deux ou trois points de suture simple à points séparés : chaque fois j'étais parvenu à mettre les bords dans un contact si parfait que rien ne semblait devoir s'opposer à leur réunion. Mais mon attente ne s'est point réalisée, je devais éprouver un double échec ; la seconde fois, comme la première, les fils ont coupé les parties qu'ils embrassaient, et la fistule

a reparu non moins grande qu'elle ne l'était dans le principe, et aussi, chose assez remarquable, sans avoir éprouvé ou sans présenter un agrandissement réel. Je la considérai comme à peu près incurable.

Cela étant, on pouvait aviser à quelque moyen d'en pallier les effets en rendant moins facile la communication du rectum avec le vagin. J'imaginai et je fis construire un petit obturateur, dont, je le sais, madame L... s'est servie très rarement, à l'usage duquel elle a peut-être même complétement renoncé, mais qui pourrait convenir dans des circonstances analogues. Je l'avais fait faire en ivoire, il était composé de deux pièces séparées qu'on pouvait rejoindre l'une à l'autre, et rapprocher au degré voulu. Ces pièces n'étaient autres que deux petites plaques destinées à être introduites, l'une dans le vagin et l'autre dans le rectum. La plaque vaginale était à peu près circulaire et bombée sur sa face postérieure ; la plaque destinée à être placée dans le rectum avait sa face antérieure légèrement concave ; elle était d'ailleurs assez étroite, et pouvait être mise en place aisément, chacune des deux avait un prolongement en bas, ou présentait dans ce sens une sorte de queue. C'est en agissant sur les deux prolongements au moyen d'un petit anneau faisant écran, qu'on maintenait les deux plaques en rapport l'une avec l'autre, et appliquées en sens contraire sur l'ouverture de la cloison recto-vaginale.

Ce petit appareil remplissait très bien l'office auquel il était destiné. Madame L... ne devait pas en faire un usage continuel : il avait été convenu, entre nous, qu'elle ne l'appliquerait que pour sortir, pour aller dans le monde,

et seulement encore quand elle aurait la crainte bien fondée d'un écoulement de mucosités abondantes ou de matières excrémentitielles par l'ouverture fistuleuse et par la vulve. C'est à quoi elle s'est assujettie pendant quelque temps. Mais un moment est venu où elle a trouvé préférable de s'affranchir d'un tel soin en s'imposant certaines privations.

XXIII. Un fait de cette importance, un fait aussi complet et aussi décisif, tant en faveur de la suture du périnée elle-même, qu'en faveur du procédé que j'avais cru devoir substituer à tous autres, ce fait, dis-je, bien qu'il se fût passé dans le silence de la pratique particulière, devait avoir du retentissement; et, en effet, il fut bientôt connu. Je devais compter que je serais bientôt à même de recueillir d'autres faits du même genre, ou du moins de soumettre à de nouveaux essais cette suture enchevillée appliquée au traitement de la suture du périnée; et, en effet, dans le cours d'une première année, quatre nouveaux cas de déchirure ancienne du périnée se sont offerts à moi; et quatre autres fois j'ai pratiqué l'opération de la même manière exactement, et par le même procédé qui avait si bien réussi chez la jeune dame de Valognes.

XXIV. Dans ces quatre cas il s'agissait encore d'une division complète du périnée, et d'une division à bords cicatrisés depuis longtemps. Il est probable qu'on aura à faire la restauration du périnée dans les circonstances de ce genre, bien plus souvent que pour les divisions récentes. En effet, outre que quelques-unes de

celles-ci ne sont pas connues dès l'abord, outre que quelques-unes aussi sont susceptibles de guérir spontanément, il est très certain que dans les cas où l'on devrait désespérer des efforts de la nature abandonnée à elle-même, ce n'est pas alors que la solution de continuité vient d'être faite qu'il est le plus opportun d'agir. Cela est vrai du moins pour le plus grand nombre des cas, et notamment pour ceux dans lesquels une déchirure complète du périnée est le résultat d'un accouchement laborieux. Naguère, en effet, les parties rompues ont subi la plus grande violence; elles ont été soumises à une distension extraordinaire : bientôt un gonflement considérable va s'en emparer; il faudrait peu de chose pour qu'elles éprouvassent une inflammation des plus vives, et pour que cette inflammation prît un fâcheux caractère; bientôt aussi elles seront inondées par l'écoulement des lochies, et l'on aurait sans doute bien plus de peine que dans toute autre circonstance à tenir les bords de la plaie dans une exacte coaptation, et à faire qu'ils ne fussent pas humectés par les fluides qui doivent couler si abondamment du vagin. Certes, toutes ces circonstances ne sont pas favorables pour le succès d'une suture du périnée, même de la suture la plus avantageuse en soi. Et puis, les soins qui devraient suivre l'opération sont-ils bien compatibles avec ceux que réclame l'espèce de maladie qui succède à l'accouchement? Serait-il prudent d'ailleurs de soumettre à une opération longue, douloureuse, une femme nouvellement accouchée, un être devenu momentanément si nerveux, si impressionnable, chez qui les moindres émotions pénibles peuvent avoir de si fâcheuses conséquences, et au-

quel il faudrait faire connaître un malheur qu'il ignore, sans pouvoir même garantir l'efficacité des moyens qu'on emploie pour y remédier? Non assurément : mieux vaut temporiser et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé de la femme est rétablie, où les bords de la solution de continuité se sont revêtus d'une cicatrice, où toutes les parties circonvoisines sont rentrées dans leur état naturel,

C'est ici surtout que vous devez vous rappeler, mon cher Lawrence, que la principale partie du travail que je vous communique a été rédigée dans le cours du mois de décembre 1833, il y a vingt ans juste, et qu'elle a été présentée à l'Académie des sciences au commencement de janvier 1834. Reportez-vous donc par la pensée à cette époque pour bien saisir le sens de tout ce qui va suivre jusques et y compris la relation du cinquième fait; j'y parle seulement de ce que j'avais observé jusqu'alors.

XXV. Je reviens à mes quatre autres tentatives de restauration du périnée. L'une d'elles, mais une seule, n'a point eu de succès, et loin de là, car la femme a succombé. Mais aussi c'était le cas le plus désavantageux qu'on pût voir; d'ailleurs, un état maladif, très fâcheux en soi, compliquait la difformité, et ce sont les progrès rapides de cette complication qui ont causé la mort, bien plus que l'opération elle-même. En fût-il autrement, un tel fait ne déposerait pas contre la suture du périnée; on pourrait seulement en déduire cette conséquence, qu'à côté d'immenses probabilités de succès cette opération, comme

toute autre, peut offrir des chances désavantageuses. Car, il faut bien le dire, non seulement en chirurgie, et bien que par son caractère cette partie de la médecine semble se rapprocher à la fois des sciences exactes et des arts les plus positifs dans leurs procédés et dans leurs résultats, il y a bien souvent des doutes et des incertitudes; non seulement on peut y commettre des méprises fâcheuses, des fautes graves, des erreurs funestes, et que le vrai talent doit avoir le courage d'avouer et de faire connaître; mais encore, dans les actes principaux auxquels elle se livre, combien souvent les plus grandes espérances sont-elles déçues! que de mécomptes! que de revers qu'on ne prévoyait pas, ou qui ne semblaient pas dans l'ordre des probabilités! D'ailleurs dans toutes les grandes œuvres de la chirurgie, et pour chacune d'elles en particulier, soit qu'il s'agisse seulement d'un but déterminé qu'on peut atteindre ou ne pas atteindre, soit que la conservation de la vie soit mise en jeu, il y a un certain rapport de revers et de succès, une certaine proportion des uns aux autres à laquelle il faut se soumettre, et que les temps, les lieux, les hommes ne changent guère. Ajoutez enfin qu'il n'est pas d'opération si simple, si minime, et si généralement innocente en soi, qui ne puisse communiquer un ébranlement fâcheux à tout le système de l'économie animale, et qui ne puisse, chez les sujets mal disposés physiquement et moralement, devenir l'occasion d'accidents graves, ou même mortels.

XXVI. Ce seul revers que j'aie encore éprouvé en pratiquant la suture du périnée est tout récent : c'est ma dernière

opération de ce genre; elle a été faite dans les premiers jours du mois qui vient de finir (décembre 1833). La femme avait quarante ans; chez elle, ainsi que je l'ai déjà dit, la destruction du périnée, qui datait de dix-huit mois, avait été le résultat, non d'un accouchement laborieux, mais d'une opération pratiquée pour guérir une fistule à l'anus, communiquant sans doute du rectum dans la partie inférieure du vagin. On avait voulu la délivrer d'un mal très supportable, et elle avait été laissée en proie à une infirmité des plus grandes, qui a hâté, je n'en doute pas, le terme de son existence. En outre, chez cette femme, aux effets ordinaires, et déjà si fâcheux, de toute division permanente du périnée, se joignait un prolapsus, un renversement complet du rectum. Pour peu qu'elle restât debout, et surtout quand à la position verticale du corps venait se joindre quelqu'un des mouvements un peu forcés et involontaires de la respiration, comme la toux, l'éternument, le rire, tout l'intestin, retourné sur lui-même, franchissait l'énorme fente du périnée, et formait au dehors une tumeur plus volumineuse que le poing, qu'on avait quelque peine à réduire, et qui reparaissait presque incontinent. Alors la position de cette malheureuse femme faisait pitié; son infirmité était horrible à voir.

XXVII. Encore s'il n'y avait eu que le désordre local avec ses conséquences immédiates! Mais au moment où cette femme me fut adressée, et fut admise à l'hôpital de la Charité (c'était vers le milieu du mois de novembre 1833), elle était fort souffrante, elle avait une fièvre continue, une diarrhée abondante, et se plaignait d'un grand embarras

dans l'abdomen : toutes choses qui dénotaient une inflammation sourde du tube intestinal, et qu'on ne pouvait pas ne pas attribuer à ce que si souvent une partie fort étendue de la surface muqueuse du gros intestin était exposée à l'impression de l'air et à l'injure des corps extérieurs. Je dus songer à combattre et à éloigner ces complications avant d'entreprendre la suture du périnée, bien que l'opération pût paraître et fût en effet plus nécessaire, plus indispensable, plus urgente même que dans aucun autre cas. Après trois ou quatre semaines, durant lesquelles la femme dont il s'agit fut soumise au repos, à un régime convenable et à tout ce qui pouvait modérer à la fois l'irritation des intestins et les évacuations diarrhéiques, sa position s'était singulièrement améliorée, et je crus pouvoir céder au désir extrême qu'elle avait de subir une opération dont elle espérait la fin de ses incommodités et de ses souffrances. Peut-être n'ai-je point assez temporisé, peut-être me suis-je laissé dominer par une compassion bien naturelle sans doute, et aussi par l'espérance et le désir assez légitimes de voir promptement un nouveau succès s'ajouter à ceux que j'avais déjà obtenus. L'événement m'a conduit à m'adresser moi-même ces reproches : en effet, dès le troisième jour après l'opération, un dévoiement considérable se déclara ; la fièvre survint ; bientôt le ventre devint douloureux à la pression, et la malade perdit ses forces et son énergie. Du côté de la plaie, les parties comprises entre les points de suture n'éprouvèrent pas cette tuméfaction, ce boursouflement inflammatoire, cette fluxion vive, franche, légitime, qui présage, annonce et prépare une adhésion immédiate : loin de là, elles

étaient sensiblement affaissées. D'ailleurs les points de suture eux-mêmes s'étaient exulcérés ; quelques-uns d'entre eux, qui communiquaient dans l'intérieur même du rectum, laissaient passer quelque peu des matières diarrhéiques.

XXVIII. Cependant la vie se maintint et la malade survécut jusqu'au neuvième jour. Au commencement du septième, j'avais enlevé les cylindres, et retiré les fils des points de suture ; il semblait y avoir un commencement d'union ; du moins les lèvres de la plaie étaient légèrement agglutinées l'une à l'autre ; mais le lendemain leur désunion était complète, et deux jours après la malade n'existait plus. Chez cette femme, l'opération avait présenté cela de particulier seulement, qu'à cause de l'ampliation qu'avaient fait éprouver aux parties divisées l'invagination et le prolapsus si souvent répétés de l'intestin rectum, j'avais dû mettre quatre points de suture, tandis que trois m'avaient suffi jusqu'alors, et doivent suffire dans le plus grand nombre de cas. A quoi il faut ajouter que ces points de suture avaient dû agir et ont agi au moins autant et plus même sur l'intestin que sur le vagin ; dernière circonstance qui a pu concourir au retour si prompt et à la marche si rapide des accidents qui ont causé la mort. C'était, sous tous les rapports, le cas le plus désavantageux qui puisse se présenter : en pareille circonstance un succès, bien qu'il ne fût pas tout à fait improbable, aurait eu néanmoins quelque chose de plus remarquable encore que tous ceux que j'avais obtenus précédemment.

XXIX. Dans les trois autres cas, toutes les conditions étaient favorables, et le résultat de l'opération a été le même exactement que chez la jeune dame de Valognes. Ils sont antérieurs à celui dont je viens de rapporter la fin malheureuse. J'abuserais des moments de l'Académie, de l'attention qu'elle veut bien m'accorder, si j'entrais dans des détails étendus sur chacun de ces nouveaux cas de suture du périnée. Ils sont si semblables entre eux, au moins sous les rapports principaux; si semblables, chacun en particulier, à celui qui a été pour moi le point de départ, qu'ils n'ont d'intérêt que par le résultat que j'ai obtenu : et les développements dans lesquels il convenait que j'entrasse au sujet de mon opération première, et du cas en quelque sorte générateur des autres, deviendraient fastidieux et inutiles. L'Académie trouvera bon, je pense, que je me borne, par rapport à ces derniers faits, à l'indication rapide des circonstances propres à chacun en particulier, et de ce qui peut en établir l'authenticité.

XXX. Le sujet d'une première observation était une jeune fille de vingt et un ans, devenue mère une première fois à dix-neuf ans, et chez laquelle, dans ce premier accouchement, terminé par les seuls efforts de la nature, il s'était fait une déchirure complète du périnée. Elle avait nom Joséphine Erard, et sortait de l'hôpital des vénériens, où elle venait de subir un traitement antisyphilitique, au moment où je la reçus dans mon service à l'hôpital de la Charité. C'était en 1833, dans les premiers jours de mars. Avant de l'opérer, il avait fallu, seulement pendant quelques jours,

la mettre à un régime un peu sévère pour faire qu'elle n'éprouvât pas trop promptement le besoin d'aller à la garde-robe. Elle fut donc opérée très peu de temps après que je l'eus examinée pour la première fois ; elle le fut publiquement, en présence des nombreux élèves qui fréquentent la clinique chirurgicale de la Charité, et de quelques praticiens qui m'avaient exprimé le désir d'être témoins de mes essais sur la suture du périnée. L'opération elle-même fut une répétition exacte de la suture qu'avait eu à subir la dame de Valognes. Même procédé, mêmes soins, mêmes détails dans l'exécution, soit pour l'avivement des chairs, soit pour l'application de la suture enchevillée ; mêmes précautions ultérieures pour prévenir tout mouvement, tout effort qui aurait pu faire éprouver aux parties quelque tiraillement, et partant quelque déchirure. Toutefois, dans ce but, et parce que je ne pouvais pas compter ici sur le bénéfice d'une constipation prolongée jusqu'à l'entière et parfaite consolidation du périnée, la veille du jour où je devais enlever les points de suture, c'était le sixième après l'opération, je provoquai des selles liquides au moyen d'un minoratif. Plus tard, la même précaution a été renouvelée plusieurs fois à des intervalles de temps convenables. Je l'ai prise dans toutes mes autres opérations, et je la donne comme règle importante de conduite pour assurer le succès de la suture du périnée. Trois semaines environ suffirent, chez cette fille Erard, pour le parfait rétablissement de la vulve et de l'anus dans leur état naturel. Une petite ouverture occupant la partie la plus profonde de la division, sur la cloison recto-vaginale, et qui laissait passer en partie les gaz intestinaux du

rectum dans le vagin, subsista encore quelque temps; mais elle était réduite aux plus petites dimensions lorsque la malade nous quitta vers la fin du mois de mai. Nous avons su que cette fille avait cédé promptement à son penchant pour la vie de concubine, et qu'elle n'avait pas tardé beaucoup à courir le risque de devenir enceinte. A la vérité, je ne redouterais plus tant une nouvelle gestation et les efforts d'un nouvel accouchement, maintenant que je sais que la dame de Valognes est devenue enceinte assez peu de temps après sa guérison, et que la délivrance s'est faite sans plus de peine que dans les circonstances ordinaires, et sans nouvelle déchirure du périnée.

XXXI. Un autre cas est celui d'une femme des environs de Compiègne, âgée de vingt-neuf ans, et que je reçus également à l'hôpital de la Charité, au mois d'octobre dernier (1833). Elle avait été sollicitée pour y venir, et m'avait été présentée par M. Donné. C'était à l'époque où M. Jacobson, de Copenhague, visitait notre capitale; et je pus rendre témoin de l'opération ce célèbre chirurgien danois, qui a bien voulu assister souvent à mes leçons et à mes opérations durant le temps de son séjour à Paris. Avant de nous quitter, il a pu constater par lui-même un nouveau succès de la suture du périnée, et s'est exprimé sur ce qu'un heureux hasard lui avait permis de voir, en termes dont je puis conserver le souvenir, mais qu'il ne m'est pas permis de répéter. Il était difficile, en effet, de voir une réhabilitation plus parfaite de l'anus, du périnée et de la vulve dans leur état naturel, que ce qui a eu lieu chez la femme Claye, que beaucoup de praticiens de Paris, parmi

ceux surtout qui se livrent à l'art des accouchements, se sont empressés de visiter. Il faut noter, comme chose assez remarquable chez cette femme, que, mariée à dix-huit ans, elle était accouchée quatre fois heureusement et à terme : c'est dans un cinquième accouchement qui nécessita l'application du forceps, que se fit la déchirure du périnée. Cette déchirure était complète, comme toutes celles que j'ai observées jusqu'à présent, et comprenait pareillement une petite portion de la cloison recto-vaginale.

XXXII. Mon dernier cas enfin est celui d'une dame du monde dont je dois taire le nom et la position sociale, qui, jusqu'au moment où je la vis, avait soigneusement gardé le silence sur son horrible infirmité, comme elle fait mystère de l'opération qu'elle a eu à subir, bien que cette opération ait eu le résultat le plus heureux. C'est le mois dernier (décembre 1833) que je la lui ai pratiquée avec l'assistance seulement de deux de mes élèves, comme aides, et de l'un de nos accoucheurs les plus distingués, M. Maygrier, par qui cette dame avait été accouchée trois mois auparavant, à qui elle avait dû dire qu'elle avait le périnée rompu depuis deux ans, et de qui elle avait appris que l'art venait de conquérir un nouveau moyen de restauration de cette partie, moyen dont les avantages et l'efficacité étaient déjà constatés par plusieurs succès. M. Maygrier est donc la seule personne dont je puisse invoquer ici le témoignage. Quoique la dame dont il s'agit eût déjà trente-cinq ans, le résultat de l'opération, toujours faite par la suture enche-

villée, a été aussi complet, aussi parfait que dans les cas précédents : toutes les circonstances, tous les détails d'exécution avaient été exactement les mêmes. Un événement aurait pu tromper nos espérances : peu de temps après avoir été opérée, cette dame perdit son enfant dernier né, ce qui lui causa un vif chagrin ; mais déjà les points de suture avaient été enlevés ; déjà les parties avaient contracté un certain degré d'union ; et malgré le trouble survenu dans toute l'économie, le travail ultérieur de la consolidation ne se ralentit point.

Par une certaine excentricité de caractère, madame T..., femme d'ailleurs des plus honorables sous tous les rapports, a cessé toute relation avec moi. Elle s'était promis de ne plus me revoir à partir du moment où mes soins ne lui seraient plus nécessaires. Elle a tenu l'engagement qu'elle avait pris avec elle-même ; à peine a-t-elle consenti à recevoir la visite de quelques dames atteintes de l'infirmité dont je l'avais délivrée, et qui voulaient être encouragées par son exemple. Mais indirectement j'ai appris que, devenue enceinte encore une fois après l'opération que je lui avais faite, elle était accouchée heureusement et sans lésion aucune du périnée. Je ne sais pas si la cloison recto-vaginale, qui m'avait paru tout aussi bien consolidée que le périnée lui-même, a éprouvé quelque éraillement. J'ai su la nouvelle grossesse et j'ai appris l'heureuse délivrance de cette dame par mon collègue M. Moreau, qu'elle avait choisi pour son accoucheur après la mort de M. Maygrier.

XXXIII. Ne serait-ce que pour préparer les matériaux d'une histoire plus complète de la restauration du périnée,

opération qui va devenir, je n'en doute nullement, une chose familière en chirurgie, je n'omettrai pas de mentionner que, dans tous les cas où je l'ai pratiquée, l'inflammation n'est survenue, dans les parties sur lesquelles j'avais agi, qu'au degré très strictement nécessaire pour la réunion que je voulais obtenir; jamais elle n'a pris le caractère d'un accident grave. Toutefois quelques phénomènes particuliers ont eu lieu, dont il est bon de prévenir. Toujours le vagin a été le siége d'un flux puriforme assez abondant : j'en ai modéré les effets, et j'ai prévenu la stagnation des mucosités purulentes, par l'injection souvent répétée d'un liquide émollient. Chose assez remarquable, dans tous les cas, soit par l'effet du rapprochement exact des cuisses, soit, et plus vraisemblablement, à cause de la fluxion étendue à toute la vulve et du boursouflement des parties circonvoisines du méat urinaire ou de ce méat lui-même, il y a eu pendant quelques jours impossibilité de l'émission spontanée de l'urine; il a fallu recourir au cathétérisme. Au reste, peut-être serait-il bon d'adopter pour coutume de placer une sonde à demeure dans la vessie, ou de l'y introduire à des époques convenables pendant quelques jours, alors même qu'il n'y aurait pas rétention d'urine, pour prévenir l'écoulement de ce fluide sur des parties enflammées. Dans tous les cas aussi, les points de suture étant enlevés, et bien qu'après très peu de temps la consolidation dût être parfaite, les bords de la division, au voisinage de l'anus, étaient désunis, ou plutôt légèrement séparés : vers ce point la plaie était un peu béante ; il y avait là une petite fente, comme celle qui aurait pu résulter d'une opé-

ration faite pour une fistule à l'anus très superficielle; mais constamment cette petite fente a disparu, et l'anus, dans lequel j'avais soin de placer une petite mèche enduite de cérat, a repris promptement sa disposition naturelle. Constamment enfin, et malgré le soin que j'avais pu prendre dans l'opération d'agir sur le petit bord libre ou sur l'éperon de la cloison recto-vaginale, de l'aviver et de traverser cette cloison avec l'un des fils de la suture pour la rapprocher des parties molles du périnée proprement dit, il a fallu un temps assez long pour que toute communication cessât entre le rectum et le vagin; toujours des gaz intestinaux et des matières excrémentitielles, seulement à la vérité quand elles étaient liquides, ont passé par le vagin, et cela lorsque le périnée était déjà bien solide; mais insensiblement l'ouverture de la cloison s'est resserrée; elle a fini par s'oblitérer tout à fait, ou par devenir si étroite, qu'elle ne livrait passage, et de temps à autre seulement, qu'à une très petite quantité de gaz.

XXXIV. Tels sont, Messieurs, les faits importants dont j'avais à vous donner communication. Quatre fois donc successivement en moins de dix-huit mois, et trois fois dans le cours de la seule année qui vient de finir (1833), j'ai réussi par un procédé nouveau à refaire le périnée, à restaurer complétement la vulve et l'anus, à rétablir toutes ces parties dans un état aussi parfaitement semblable à leur état naturel qu'on puisse se le figurer, à faire disparaître toute trace du désordre dont elles avaient été le siége, et à les rendre de nouveau susceptibles de remplir les fonctions que la nature leur a départies. Quatre femmes qui

n'avaient plus, ou qui n'avaient plus qu'imparfaitement la conformation extérieure propre à leur sexe, qui paraissaient vouées pour toute leur vie à la plus triste condition, en même temps qu'elles étaient en proie à des infirmités dégoûtantes, jouissent maintenant de tous les bienfaits possibles d'une opération qui était presque tombée en désuétude, et qui, bien qu'elle eût réussi quelquefois, de loin en loin, et malgré l'imperfection des procédés auxquels on avait eu recours, n'était jamais entreprise par les chirurgiens qu'avec une sorte de répugnance, parce qu'elle leur offrait trop peu de probabilités de succès. Quatre femmes ont recouvré les attributs de leur sexe, sont maintenant rendues à leurs penchants, à leurs habitudes ; elles n'inspirent plus aucun dégoût : libres de toutes les souffrances, qui etaient dues à la destruction du périnée, elles peuvent remplir toutes les fonctions dont le parfait accomplissement exige la bonne conformation de cette partie : en un mot, elles sont ce qu'elles étaient avant leur accident, ce que la nature avait voulu qu'elles fussent. C'est une idée simple, mais peut-être m'est-il permis de dire heureuse, qui m'a conduit à d'aussi importants résultats. Je n'ai rien créé, rien imaginé, je le confesse franchement : j'ai seulement appliqué un procédé connu à une opération pour laquelle il n'avait pas été imaginé, en lui faisant subir toutefois les modifications que la disposition des lieux exigeait ; je l'ai fait servir à une chose pour laquelle il n'avait pas été destiné primitivement, et le succès a justifié mes pressentiments. Les premières réussites en amèneront d'autres à leur suite ; je les considère comme une voie ouverte à de nouveaux et de nombreux succès. Tant de femmes vivent

maintenant chez lesquelles le périnée a été rompu dans un accouchement, tant d'autres auront à éprouver le même malheur, que la suture de cette partie va devenir une des opérations les plus communes de la chirurgie. Avec le procédé que je recommande, et au moyen duquel j'ai si merveilleusement réussi, on doit atteindre le but dans le plus grand nombre des cas. Bientôt, je n'en doute pas, il en sera de la suture du périnée chez la femme, comme il en a été de la suture du voile du palais ou de la staphyloraphie, opération qui n'existait pas dans l'art il y a quinze ans, qu'alors on croyait impraticable, ou plutôt qu'on n'avait pas même eu la pensée d'entreprendre, que j'ai imaginée et pratiquée pour la première fois vers la fin de l'année 1819, que tous les chirurgiens ont adoptée, qu'on pratique familièrement en pays étranger comme en France, et que j'ai faite, il y a peu de semaines encore, pour la soixante-cinquième fois.

LETTRE ONZIÈME.

Vous venez de lire, à la fin de la lettre précédente, mon cher Lawrence, les réflexions par lesquelles se terminait mon premier mémoire, lu en janvier 1834, à l'Académie des sciences, seul travail que j'aie jusqu'ici composé sur ce sujet. Je suis heureux de pouvoir ajouter aujourd'hui, après vingt années écoulées, que toutes mes prévisions se sont réalisées. Pendant ce laps de temps j'ai eu maintes fois l'occasion de pratiquer la périnéoraphie; beaucoup d'autres chirurgiens ont de leur côté exécuté la même opération, qui, aujourd'hui, j'ose le dire, est devenue classique. La plupart des opérations de ce genre, pratiquées par d'autres que par moi, l'ont été d'après les préceptes et en suivant de point en point le procédé que j'avais tracé tout d'abord. Je n'ignore pas toutefois que M. Dieffenbach est resté fidèle à la suture entrecoupée favorisée dans son action par des incisions latérales; que M. Langenbeck a ajouté au manuel opératoire d'ingénieuses modifications; que ces chirurgiens justement célèbres ont obtenu de leurs procédés des résultats satisfaisants; et que M. Verhæghe, d'Ostende, a heureusement guéri trois femmes opérées par lui, suivant le procédé de M. Langenbeck. Mais le dirai-je? Je ne suis pas convaincu de l'utilité de ces modifications. Les incisions latérales de M. Dieffenbach ne m'ont jamais paru indis-

pensables, et je n'y vois d'autre but que de réunir les lèvres de la scissure du périnée avec des sutures peu energiques, comme l'est par exemple la suture entrecoupée. Mais cela même, à mes yeux, ne constitue pas un avantage. La suture enchevillée sur laquelle ma préférence s'est fixée dès ma première opération, n'est pas seulement une suture puissante et capable de lutter contre toute tendance à l'écartement, c'est de plus une suture supérieure à toutes les autres pour obtenir la réunion de la partie profonde des plaies. Or, il s'agit ici, mon cher Lawrence, de réunir une épaisseur considérable de chairs, épaisseur qui n'est autre que celle même du périnée. J'ai eu plusieurs fois à regretter que la réunion ait manqué, dans une partie de la profondeur des surfaces avivées, ce qui laissait au-dessus du nouveau périnée une communication plus ou moins large entre le rectum et le vagin. Combien un pareil inconvénient ne doit-il pas être plus à craindre, si au lieu de la suture enchevillée on emploie la suture entrecoupée, dont l'action ne se fait sentir que sur la partie la plus superficielle des chairs du périnée, laissant persister dans la profondeur la tendance à l'écartement!

Je me sens au premier abord mieux disposé en faveur du procédé de M. Langenbeck. Ce chirurgien dédouble la cloison recto-vaginale, et forme ainsi, aux dépens de la muqueuse qui tapisse la paroi postérieure du vagin, un lambeau à base supérieure, après quoi il procède à l'avivement de la division périnéale, et, s'aidant des incisions latérales de M. Dieffenbach, il réunit les lèvres opposées de la solution de continuité avec la suture entrecoupée. Il passe alors au dernier temps de l'opération; pour cela il

saisit le lambeau de muqueuse vaginale préalablement disséqué, l'attire en bas, jusqu'à ce que son bord soit au niveau de la surface du nouveau périnée, et il le fixe dans cette position nouvelle par de petits points de suture entrecoupée. La présence de ce lambeau, suivant l'auteur, a l'avantage d'empêcher le contact des mucosités vaginales et de l'urine sur la plaie, mais elle a un autre avantage auquel pour ma part, je suis beaucoup plus sensible. Lorsque l'opération réussit, en effet, comme cela a eu lieu sur les trois femmes opérées par M. Verhæghe, il est impossible que la cloison recto-vaginale reste perforée au-dessus du périnée reconstitué. Voilà tout ce que je puis dire aujourd'hui de cet ingénieux procédé. S'il faut dire toute ma pensée, je le trouve bien compliqué, et j'ajoute de plus que la petite perforation recto-vaginale contre laquelle il met en garde, ne constitue le plus souvent qu'un inconvénient minime, et disparaît aisément à l'aide de quelques cautérisations. Mais si je ne me prononce pas en faveur de ce procédé, je ne veux pas non plus me prononcer contre. Et peut-être un jour m'arrivera-t-il même d'en faire l'essai.

Mais je reviens, mon cher Lawrence, au but de cette lettre, qui est surtout de vous faire connaître les résultats de ma pratique. Or, depuis l'époque où j'ai terminé mon premier mémoire, jusqu'au moment où je vous écris, j'ai pratiqué quinze fois la suture du périnée. J'ai maintenant à vous entretenir de ces faits nouveaux ; mais il va me suffire de les exposer brièvement. A de très petites modifications près, ils sont semblables entre eux quant à l'opération elle-même : pour tous, c'est la suture enchevillée

que j'ai mise en usage, et pour tous j'ai suivi le même procédé; pour tous ç'a été le même mode d'exécution. J'aurai donc seulement à indiquer les circonstances propres à chacun, en particulier, soit quant au désordre qu'il s'agissait de réparer, soit quant aux suites immédiates et au résultat définitif de l'opération. Cela fait, il me restera à rapprocher ces faits nouveaux des premiers que j'ai décrits, à former des uns et des autres un seul groupe, à en présenter le résultat général, à dire le nombre total des succès et celui des revers, et quels malheurs même j'ai eu à déplorer. Pour une chose du genre de celle dont il s'agit, un nombre de vingt opérations est sans doute déjà assez considérable. Mais je ne me hasarderai point à prétendre que les résultats que j'ai observés soient statistiquement ceux auxquels il faut s'attendre pour l'avenir; peut-être ai-je été plus heureux que d'autres ne le seront; peut-être, au contraire, arrivera-t-on à de plus grands succès.

J'avais à peine donné lecture de mon premier travail à l'Académie des sciences, que j'eus à observer un nouveau cas de déchirure ancienne du périnée, et à faire l'application du procédé auquel je ne pouvais pas me défendre d'avoir déjà une grande confiance, puisque sur cinq femmes que j'avais déjà opérées, quatre fois il m'avait si parfaitement réussi. C'était madame ***, femme d'un négociant de la rue d'Angoulême, dans le faubourg du Temple. Elle était âgée de trente-quatre ans. Dix ans s'étaient écoulés depuis que, dans une première couche, avec l'application du forceps, elle avait eu le périnée rompu complétement. Les bords de la déchirure s'étaient cicatri-

sés isolément d'une manière très régulière, et la division s'était toujours maintenue telle qu'elle avait été dans le principe. La cloison recto-vaginale y participait à peine; cette dernière circonstance devait aplanir quelques-unes des difficultés de l'opération; et, en effet, je n'eus presque rien à faire pour l'avivement de l'éperon que cette cloison formait au-dessus de la fente du périnée, tant l'éperon lui-même était rapproché des bords de celle-ci, et la cloison se plaça comme d'elle-même dans l'anse formée par le fil moyen. Par hasard, madame *** avait appris qu'elle pouvait être délivrée de son infirmité dès les premiers temps où l'on eut connaissance de mes premières restaurations du périnée; mais elle avait voulu laisser multiplier les succès avant de se soumettre au hasard d'une opération. Après qu'elle m'eût consulté, elle hésita même encore assez longtemps.

Je l'opérai donc seulement vers la fin de 1834, au mois de novembre. L'opération ne fut laborieuse ou difficile qu'autant qu'elle devait l'être nécessairement : elle l'a été moins que quelques-unes de celles dont j'ai rapporté plus haut les principales circonstances. Elle n'en a différé d'ailleurs aucunement quant aux détails de l'exécution. Je me suis conformé aux mêmes précautions pour les soins consécutifs, et l'issue a été des plus favorables. Il y a même eu rétablissement parfait de la cloison recto-vaginale. J'ai revu nombre de fois depuis sa guérison madame *** : à plusieurs reprises même elle s'est prêtée, moi présent, et avec une rare complaisance, à être interrogée par des dames mutilées comme elle l'avait été, et que je lui présentais pour qu'elle les encourageât; et j'ai pu constater

qu'il n'existait chez elle aucune communication entre le rectum et la cavité du vagin. Mais, chose bizarre, cette femme, qui était jeune encore au moment où elle fut remise en jouissance des attributs propres à son sexe, et où son amour-propre n'avait plus à souffrir des suites de l'accident qui avait accompagné sa première couche; cette femme, dis-je, se refusa pendant plusieurs années aux approches de son mari. Ne plus être exposée à l'incontinence des gaz intestinaux et des matières excrémentitielles, était pour elle un bonheur suffisant. Était-ce la crainte de grossesses nouvelles? Non, elle désirait presque d'avoir des enfants, et elle ne songeait même plus aux dangers rigoureusement possibles d'une seconde maternité : mais elle avait redouté les souffrances que lui préparait, pour de nouveaux rapports conjugaux, l'étroitesse considérable de l'entrée du vagin. Cependant j'ai appris d'elle-même qu'elle avait enfin fini par céder aux instances de son mari.

J'étais encore à l'hôpital de la Charité, mais le moment approchait où je devais quitter cet hôpital pour venir à l'Hôtel-Dieu; c'était au mois de janvier de l'année 1835 : il me fut présenté une femme de trente et un ans, brune, d'un extérieur gracieux et d'une belle constitution : elle avait nom Marie-Aimée Duplessier; elle était accouchée six mois auparavant; dans cet accouchement qui avait été laborieux, mais qui s'était néanmoins terminé par les seules forces de la nature, il y avait eu déchirure complète du périnée, et la déchirure s'était étendue à une petite partie de la cloison recto-vaginale. La nature n'avait rien fait pour la réparation du désordre : il y avait eu seule-

ment cicatrisation isolée des lèvres de la solution de continuité, et j'estimai à 1 centimètre et demi ou à un demi-pouce environ la hauteur de la petite fente que présentait en outre la cloison recto-vaginale. Cette jeune femme, qui était en service dans une des grandes familles de la capitale, éprouvait à un haut degré toutes les incommodités inhérentes à la division du sphincter de l'anus, et à la fusion de cette ouverture et de la vulve en une fente unique ; sa position l'attristait profondément. A peine eut-elle appris qu'elle pouvait guérir complétement en se soumettant à une opération, qu'elle fût empressée de la subir.

Je la lui fis très peu de jours après son installation à l'hôpital. Cette opération fut en tous points semblable à toutes celles qui ont été déjà décrites, les unes assez minutieusement, d'autres d'une manière plus succincte, dans les pages qui précèdent. Je n'en rapporterai pas les manœuvres pour vous éviter des répétitions fastidieuses par leur uniformité. Toujours même application de la suture enchevillée avec trois fils, après avivement symétrique des deux bords de la fente extérieure et de l'éperon formé par la cloison recto-vaginale. Même précaution d'engager le fil moyen dans l'épaisseur de cette cloison ; même soin aussi de mettre les trois fils dans une tension assez forte, en d'autres termes, de serrer un peu fortement les points de suture, pour bien rapprocher les petits cylindres que leurs extrémités embrassent, et pour appliquer très exactement l'une contre l'autre les deux surfaces qu'il s'agit de faire réunir entre elles. Le redirai-je à cette occasion ? C'est une nécessité que la suture enchevillée soit un peu plus serrée que toute autre pour

l'effet qu'elle doit produire dans quelque circonstance ou pour quelque cas qu'on y ait recours. Destinée à réunir surtout les parties profondes, elle demande pour être efficace une étreinte un peu plus forte que les sutures superficielles. Cela se fait du reste sans inconvénient, surtout sans qu'on ait à craindre la section ou la division des parties sur lesquelles elle agit, ces parties étant soumises seulement à deux pressions en sens contraire, et non pas à autant de constrictions circulaires qu'il y a d'aiguilles dans la suture entortillée ou d'anses de fil dans la suture à points séparés.

Les conditions dans lesquelles se trouvait cette jeune femme étaient si favorables, tout, dans l'opération, avait été si bien accompli au gré de mes désirs, que j'en aurais presque garanti par avance le succès. Cependant, je fus trompé dans mon attente. Tout se passa bien d'abord. Le huitième jour j'enlevai la suture, après avoir fait prendre la veille, comme dans mes opérations précédentes, comme dans toutes celles qui ont suivi, un léger minoratif, afin de provoquer une ou plusieurs selles liquides, et pour mettre les gros intestins dans un état parfait de vacuité; il y avait adhésion des deux parties du périnée: cette adhésion était telle du moins qu'elle pouvait être huit jours seulement après l'opération. Même état satisfaisant, mêmes motifs de sécurité et mêmes raisons pour espérer une adhésion définitive et complète pendant les deux jours qui suivirent l'ablation des fils. Mais le matin du troisième jour, c'est-à-dire le dixième jour après l'opération, à l'heure ordinaire de ma visite, et à mon grand étonnement, toutes les adhérences étaient

détruites. Il y avait disjonction entière des parties que la suture avait embrassées, et cela sans que le moindre ténesme eût précédé, sans que la malade eût éprouvé le plus petit besoin pour aller à la garde-robe; elle n'avait non plus, nous dit-elle d'abord, commis aucune imprudence, n'avait fait aucun mouvement et avait toujours maintenu les cuisses exactement rapprochées.

Mais plus tard, elle m'avoua que, trop confiante dans ce que je lui avais dit du bon état des parties après l'extraction des fils de la suture, croyant sa guérison assurée, elle n'avait tenu presque aucun compte des recommandations que je lui avais faites, et s'était abandonnée à des mouvements capables, en effet, d'occasionner la rupture d'un tissu cicatriciel encore mal affermi. Elle fut inconsolable pendant quelques jours; mais bientôt, oubliant les premières souffrances qu'elle avait endurées et s'armant d'un nouveau courage, elle me fit prendre l'engagement de l'opérer une seconde fois, et hâta de tous ses vœux le moment où je pourrais combler ses désirs.

Il fallait attendre, non seulement que les plaies résultant de la première opération fussent cicatrisées; mais encore que les parties molles du périnée eussent recouvré leur souplesse naturelle et pussent supporter les tractions auxquelles il fallait les soumettre itérativement. Par ce retard obligé, nous atteignîmes l'époque à laquelle je devais quitter l'hôpital de la Charité et entrer en fonctions à l'Hôtel-Dieu. La malade ne voulut pas se séparer de moi, pour me devoir la guérison dans le cas où une autre opération serait couronnée de succès. Elle entra dans mon service à l'Hôtel-Dieu, et je l'opérai de nouveau dans les

premiers jours d'avril. C'était en 1835. Cette seconde opération ne différa en rien absolument de ce qu'avait été la première. Je n'avais point pour mon compte à redoubler d'attention dans tout ce qu'il y a vait à faire consécutivement. C'était à la malade à me seconder, à s'observer mieux qu'elle ne l'avait fait précédemment, à suivre mes recommandations, à ne commettre aucune imprudence. Il n'y eut rien à lui reprocher à cet égard ; aussi fut-elle récompensée de sa patience et obtint-elle le prix de son courage. Le succès de cette seconde opération a été presque aussi complet qu'on pouvait le désirer ; la restauration du périnée proprement dit était surtout parfaite ; mais il restait une petite ouverture au bas de la cloison recto-vaginale. Je voudrais savoir et je voudrais pouvoir dire si le temps a fait disparaître ce reste de la difformité première, et, dans le cas où la communication entre le rectum et le vagin aurait persisté, quelles incommodités en ont été ou en sont encore la suite. Mais cette jeune femme, impatiente de reprendre ses occupations habituelles, me quitta presque aussitôt qu'elle put le faire sans inconvénient. Bien que je lui eusse exprimé le désir de la visiter à des époques plus ou moins éloignées, et de constater par moi-même les changements qui pouvaient survenir dans son état, elle ne m'a pas fourni l'occasion de le savoir ; j'ignore complétement quel a été son sort définitif quant à la petite fistule recto-vaginale qui a succédé à l'opération. Toutefois, j'ai su indirectement qu'elle avait repris ses habitudes conjugales assez peu de temps après sa guérison, et que, devenue enceinte de nouveau, elle était accouchée à terme, et heureusement, sans la moindre

lésion du côté du périnée. Mais peut-être y a-t-il eu, par le fait de ce nouvel accouchement, surtout après une grossesse qui avait suivi de si près la reconfection du périnée, ampliation de l'ouverture de la cloison. Dès l'époque à laquelle remonte le cas dont il s'agit, je n'aurais guère craint une déchirure nouvelle du périnée lui-même; du moins connaissais-je déjà plusieurs femmes chez lesquelles cette partie restaurée avait résisté aux efforts d'un nouvel accouchement. Je la craindrais moins encore maintenant que le fait s'est reproduit un plus grand nombre de fois.

Toujours en suivant l'ordre dans lequel se sont succédé les périnéoraphies que j'ai eu à pratiquer jusqu'à présent, vient le cas d'une fille de dix-huit ans, qui avait nom Clarisse Veyron, chez laquelle l'opération, loin d'avoir eu le résultat heureux que j'en attendais, a été l'occasion d'accidents mortels. L'événement a laissé dans mon esprit un souvenir d'autant plus pénible qu'il s'agissait d'une déchirure incomplète du périnée; il y avait ampliation grande de la vulve, mais l'anus conservait ses formes naturelles, et l'acte de la défécation s'accomplissait de la manière la plus normale. J'entends dire par là qu'il n'y avait pas de disposition à l'incontinence des gaz ni des matières fécales; seulement, la jeune femme dont il s'agit ne pouvait pas résister longtemps au besoin d'aller à la garde-robe quand ce besoin se faisait sentir, sans doute parce qu'une grande partie du sphincter externe de l'anus était comprise dans la solution de continuité du périnée. C'était donc par un petit caprice d'imagination et en vue d'un retour à une conformation naturelle plutôt que par une nécessité

réelle, que cette jeune femme avait conçu le désir d'être soumise à une opération. Une sage-femme, madame Roudet, de qui elle avait appris ce qu'elle pouvait attendre du secours de la chirurgie, me la présenta à l'Hôtel-Dieu. Peut-être aurais-je dû la détourner de la résolution qu'elle avait prise, et trouver quelque prétexte pour ne pas faire une opération à peine indiquée, qui promettait bien peu d'avantages, et dont je n'aurais pas pu garantir l'innocuité. Mais le périnée n'était pas brisé complétement : deux points de suture devaient suffire pour lui rendre plus même que les dimensions naturelles ; l'opération devait donc être plus simple qu'aucune de celles que j'avais pratiquées jusqu'alors ; puis, comment me serais-je arrêté à la pensée d'une éventualité fâcheuse? Une seule fois encore, j'avais eu à déplorer la mort d'une malade ; mais, comme vous l'avez vu, il s'agissait dans ce cas malheureux d'une femme déjà avancée en âge, accablée d'infirmités, épuisée par une diarrhée abondante, et que j'avais opérée seulement parce que l'état d'incommodités graves auxquelles elle était en proie provenait de la destruction déjà ancienne du périnée.

La fille Veyron, ma nouvelle malade, n'offrait aucune de ces conditions défavorables. J'accédai donc à son désir, je la reçus à l'Hôtel-Dieu, où elle fut placée salle Saint-Jean, n° 6. C'était en 1836, au mois de juillet. Après quelques jours employés à des préparations à peu près insignifiantes, et pendant lesquels je voulais plutôt que cette jeune fille s'habituât au séjour de l'hôpital, je l'opérai le lundi 26 juillet. Le temps était beau, et la température de l'atmosphère moins élevée que cela n'aurait dû être eu

égard à l'époque de l'année à laquelle nous nous trouvions. Il n'y avait point d'épidémie régnante. Toutes les circonstances extérieures étaient donc avantageuses pour une opération qui devait être minime comparativement à ce qu'est la suture du périnée dans les cas ordinaires. Clarisse Veyron jouissait de la santé la plus florissante. Tout entière à l'espérance d'un changement favorable dans la conformation de ses parties sexuelles, elle était sans appréhension aucune, sans fâcheux pressentiment sur les suites de l'opération qu'elle allait subir.

Cette opération devait être très simple ; elle le fut, en effet : il n'y avait à s'occuper ni de l'anus, ni de la cloison recto-vaginale, qui avaient conservé toute leur intégrité. C'était seulement sur les bords de la vulve, qui était en quelque sorte prolongée jusqu'à l'anus, qu'il fallait pratiquer un avivement et faire agir deux points de suture de manière à resserrer l'entrée du vagin. En pareil cas, on pourrait presque se borner à des points de suture simple ou à une suture entortillée ; du moins, la suture enchevillée paraît moins indispensable que lorsqu'il faut agir en même temps et sur l'entrée du vagin, et sur la cloison recto-vaginale et sur l'anus. Cependant, je ne crus pas devoir renoncer, même pour ce cas si simple, à l'habitude que j'avais déjà prise de ce dernier moyen de synthèse. Ce fut donc encore la suture enchevillée que j'employai. Tout s'était passé au gré de mes désirs, et pendant les premiers jours qui suivirent immédiatement l'opération, la malade n'éprouva rien qui pût m'inspirer des inquiétudes sérieuses ; seulement, les parties embrassées par la suture et les parties adjacentes avaient à peine éprouvé cette légère turges-

cence inflammatoire qu'on sait être toujours d'un bon augure dans les plaies dont on tente la réunion immédiate. Mais l'instant n'était pas venu encore de retirer les fils de la suture que, sans autre accident remarquable, la malade tomba dans un grand affaissement. Ce fut le septième jour que cette prostration générale se déclara, ou que du moins elle se présenta avec un caractère grave. Cela me fit retarder d'un ou de deux jours l'ablation de la suture. Je n'ôtai les fils qu'au commencement du neuvième jour après l'opération. Je n'avais pas eu besoin de déterminer préalablement, au moyen d'un minoratif, l'expulsion des matières contenues dans les gros intestins ; la malade avait eu spontanément trois ou quatre évacuations diarrhéiques ; ses forces allèrent en déclinant ; elle mourut vers la fin du dixième jour. En retirant les fils, j'avais pu constater qu'il n'y avait eu aucun travail de réunion. L'autopsie du cadavre, qui fut faite avec le plus grand soin, m'a laissé dans l'ignorance la plus complète sur la cause réelle d'une mort aussi inattendue, aussi peu probable, je veux dire sur la raison des accidents qui l'ont précédée. Surtout on n'a trouvé aucune trace de quelque inflammation des viscères, ni de phlébite, ni non plus aucun de ces abcès, de ces collections purulentes éloignées qui sont le résultat, ou d'une diathèse, ou d'une infection purulente ; aucun, enfin, de ces désordres cachés que font naître tant de plaies, même peu graves en apparence, lorsqu'elles deviennent une cause de mort.

Le cas qui suivit le précédent fut celui d'une dame de Paris, madame H...., qui demeurait rue Coquillière. Elle avait pour médecin habituel, et elle avait eu même

pour accoucheur, je crois, M. Vassal, qui vivait encore, et de qui elle avait appris que, par une opération sur le succès de laquelle on pouvait raisonnablement compter, on ferait disparaître, si elle le voulait, une déchirure du périnée qu'elle avait depuis plusieurs années. Cette dame me consulta, et je n'hésitai pas à lui renouveler les espérances qui lui avaient été données par M. Vassal. Elle avait trente-quatre ans. Plusieurs accouchements heureusement terminés avaient précédé chez elle celui pendant lequel le périnée s'était rompu. Il y avait eu dans celui-ci application du forceps, application qui avait été rendue nécessaire par le volume de la tête de l'enfant et la lenteur du travail. La déchirure du périnée avait été et était demeurée complète ; l'anus et la vulve étaient donc confondus, et de plus, la division s'étendait à la cloison recto-vaginale jusqu'à la hauteur de deux ou trois centimètres, et madame H... éprouvait à un haut degré les fâcheux effets de son infirmité. Elle était naturellement un peu soucieuse, surtout très impressionnable et peu susceptible de résignation ; elle avait une appréhension excessive de la douleur, et malgré le vif désir qu'elle conçut bientôt d'être délivrée de ce qui, pour elle, était la cause d'un chagrin continu, elle hésita assez longtemps avant de se décider à subir l'opération que son état nécessitait.

Une première fois même, le jour avait été choisi par la patiente. Tout était disposé ; déjà même je lui avais fait prendre l'attitude obligée pour une périnéoraphie, ou plutôt, j'allais commencer à faire agir le premier instrument, lorsqu'il me fallut suspendre toute manœuvre : madame H... s'était livrée à une impatience, à une agitation

extraordinaire; elle prétexta je ne sais plus quel motif ou quelle raison tout à fait puérile pour vouloir que l'opération fût remise à un autre jour.

Et plus tard, ce fut huit ou dix jours après, quand son courage se fut un peu ranimé, en apparence au moins, et qu'elle eut consenti enfin à être opérée, il fallut beaucoup d'efforts pour la maintenir immobile. Elle m'avait autorisé, au reste, à user de tous les moyens qui étaient à ma disposition, et avait supplié qu'on ne tînt compte des irrésolutions qu'elle pourrait témoigner, ou même de la volonté qu'elle pourrait exprimer de rompre encore une fois l'engagement qu'elle avait pris avec elle-même. L'opération fut pratiquée de la même manière que toutes celles dont j'ai fait précédemment la relation, mais non pas sans que j'eusse à lutter contre certaines difficultés. Ces difficultés eurent leur source dans l'agitation extrême de la malade, dans son état continuel d'impatience et d'indocilité. Toutes les manœuvres se succédèrent lentement, et bien qu'elles n'aient été marquées par aucun contre-temps extraordinaire, par aucun accident fâcheux, je ne fus pas aussi satisfait du résultat primitif que je l'avais été dans d'autres circonstances. Et ce ne fut pas seulement pour l'opération elle-même que madame H..... se montra peu docile, peu résignée. Son impatience fut la même pendant tout le temps que durèrent les soins consécutifs que j'eus à lui administrer. Nulle autre malade encore ne m'avait donné autant d'embarras, n'avait exigé de moi plus de sollicitude. C'est cela peut-être qui fit que l'opération ne réussit pas aussi complétement que je l'aurais désiré. Il y eut restauration du périnée proprement

dit, si bien même que l'entrée du vagin se montra pendant longtemps très étroite. Ce fut au point que les habitudes conjugales ne purent être reprises qu'avec beaucoup de difficultés. Mais la cloison recto-vaginale resta divisée ; elle n'avait été le siége d'aucun travail de réunion. Une ouverture subsista à la partie inférieure, par laquelle le rectum communiquait avec le vagin, et cette ouverture, assez grande pour admettre l'extrémité du doigt indicateur, pouvait livrer passage aux gaz, aux mucosités intestinales et à une partie des matières fécales, même lorsque ces matières étaient solides ; seulement, les matières solides ne pouvaient s'échapper par cette voie insolite qu'en très petite quantité, et seulement encore au moment même de la défécation, tandis que les matières molles, et plus encore les matières fluides, pénétraient plus abondamment et plus fréquemment dans le vagin. A plusieurs reprises, j'ai voulu pratiquer la cautérisation de cette ouverture de la cloison recto-vaginale avec le nitrate d'argent ; mais madame H... ne s'est jamais prêtée à ce que je le fisse avec tout le soin convenable. Puis, j'eus la pensée de la soumettre à une opération secondaire analogue à celle que deux fois, mais deux fois inutilement, il est vrai, j'avais faite à la jeune dame de Valognes qui a été le sujet de mes deux premières sutures du périnée. Ma proposition ne fut point agréée. Je perdis de vue madame H..., et j'étais dans la persuasion qu'elle se contenterait pour toujours d'être délivrée à demi seulement de sa première infirmité. J'ai appris, au contraire, qu'elle a consulté un autre chirurgien, dans l'espérance, sans doute, d'en recevoir des conseils, et probablement des soins qui

contrarieraient moins ses goûts ou son antipathie extrême pour la douleur ; mais je crois savoir aussi qu'aucune autre cure sérieuse n'a été entreprise, et que madame H... est restée dans l'état où je l'avais laissée.

Un dixième cas est remarquable sous plus d'un rapport. D'abord, la dame qui en a été le sujet était, comme la première de toutes, l'épouse d'un médecin. Je la désignerai seulement par la lettre initiale de son nom. C'était madame B... Son mari est un praticien distingué et connu dans le département du Jura. Vous verrez plus loin, mon cher Lawrence, que j'ai opéré en 1841 la femme d'un troisième médecin. N'est-il pas singulier que, pour mon compte et sur les dix-huit femmes qui ont subi par mes mains la périnéoraphie, il s'en soit trouvé trois dont les maris, médecins, devaient compatir d'autant plus à la triste position de leurs femmes qu'elle était née sous leurs yeux, et qu'ils en avaient été les innocents auteurs ?

En second lieu, le résultat de l'opération chez madame B..., qui fut amenée à Paris par son mari au mois de juillet 1834, a été heureux, mais non pas aussi complétement que je l'aurais désiré, ni que je l'ai vu dans quelques cas. Il y a bien eu réhabilitation parfaite du périnée dans les formes naturelles ; mais une petite ouverture fistuleuse s'est établie sur la cloison recto-vaginale. Elle occupait, bien entendu, la partie la plus déclive de cette cloison, et livrait passage à des gaz et à quelques parcelles de matières fécales ; elle s'était considérablement resserrée, mais subsistait encore au mois de janvier 1835, époque à laquelle M. B... me donna connaissance de ce qui était advenu chez notre malade depuis qu'elle m'avait

quitté. Cet état de choses a-t-il persisté, ce que je suis fort disposé à croire, ou bien y a-t-il eu de nouveaux progrès vers l'oblitération complète de l'ouverture? Je l'ignore. Du reste, pour l'opération elle-même, de même que pour les soins dont elle a du être suivie, soit pour assurer l'action de la suture, soit pour prévenir les efforts de la défécation, soit enfin pour obtenir l'évacuation régulière de la vessie sans que les parties réunies fussent humectées par l'urine, tout s'est passé comme dans presque tous les cas qui ont été rapportés précédemment. Je m'abstiens d'entrer dans aucun détail, et j'arrive tout de suite à ce qui distingue ce cas plus particulièrement; c'est la manière dont s'était opérée la destruction du périnée.

Comme chez presque toutes les femmes dont il s'est agi jusqu'à présent, le travail de l'accouchement en a bien été la cause principale, la cause déterminante; mais au lieu que le périnée ait cédé brusquement et pendant l'acte même de la parturition, comme cela est ordinaire, il a été détruit lentement de haut en bas, non après un premier accouchement, mais après un troisième, et lorsque déjà une petite ouverture fistuleuse existait depuis longtemps à la partie la plus déclive de la cloison recto-vaginale. Je ne puis mieux faire, au reste, que de reproduire ici les principales circonstances de l'événement, telles que je les trouve consignées dans la lettre par laquelle M. B... me faisait part du désir qu'il avait d'amener son épouse à Paris pour la confier à mes soins.

« Je ne m'attendais pas, m'écrivit-il, en lisant dans nos journaux de médecine l'analyse du Mémoire que vous avez présenté à l'Académie des sciences, sur la restaura-

tion du périnée chez la femme, dans les cas de division ou de rupture complète de cette partie, que je serais bientôt dans la nécessité de réclamer pour ma propre femme le bienfait de cette opération. Madame B... est âgée de trente ans. Depuis six ans, et par suite d'hémorrhoïdes qui avaient été très douloureuses, elle était affectée d'une fistule recto-vaginale, fistule très petite, ne livrant passage qu'à des gaz, et encore de temps à autre seulement. A peine était-ce pour elle une incommodité ; cela ne lui causait aucun chagrin. Pendant ces six années, deux accouchements ont eu lieu sans qu'aucun changement soit survenu dans la fistule, sans que cette fistule ait pris un caractère plus grave ; on eût dit plutôt qu'elle avait disparu après la seconde couche. Devenue enceinte de nouveau, madame B... est accouchée, pour la troisième fois, le 14 avril dernier. C'est moi qui ai dirigé l'accouchement. L'enfant s'est présenté par les pieds ; il était un peu volumineux ; mais les douleurs étaient rares et peu énergiques. Le dégagement de la tête paraissait ne devoir se faire qu'avec difficulté et lenteur. Il fallut porter deux doigts sur le menton pour rendre l'inspiration possible et prévenir la mort de l'enfant, qui, sans cela, était inévitable. J'ai assez l'habitude de la pratique des accouchements pour pouvoir affirmer que cette manœuvre n'a été pour rien dans l'accident qui est survenu, et que le périnée ne s'est pas rompu au moment de l'expulsion du fœtus.

» Mais deux jours après l'accouchement, on s'aperçut que des gaz passaient fréquemment, et avec bruit, du rectum dans le vagin. Le troisième jour, il s'en échappait par cette voie insolite une quantité plus considérable, en même

temps qu'ils entraînaient des matières fécales. En visitant la malade ce jour-là, et en faisant l'exploration du rectum, je trouvai que l'ouverture de la cloison recto-vaginale, notablement agrandie, pouvait livrer passage au doigt indicateur, en sorte que je pus aisément faire pénétrer ce doigt du rectum dans le vagin. Le quatrième jour, l'ouverture s'était encore considérablement agrandie; le périnée ne présentait plus qu'une espèce de bride. Le sixième jour, cette bride avait complétement disparu; la vulve et l'anus étaient confondus comme si le périnée eût été déchiré dans l'acte même de l'accouchement. Tout est résulté, sans doute, d'un travail de mortification ou d'ulcération qui a progressé de haut en bas, c'est-à-dire depuis l'ouverture dont la cloison recto-vaginale était le siége depuis longtemps jusqu'aux parties les plus superficielles du périnée. Aussi, les bords de la fente ne sont-ils pas disposés semblablement, et leur aspect semble-t-il indiquer que le périnée a éprouvé une véritable perte de substance.»

M. B..., ajoutait que depuis l'accident qui datait de trois mois environ, la nature avait quelque peu réparé le désordre : la division de la cloison recto-vaginale s'étendait moins haut que dans le principe; les limites s'étaient beaucoup rapprochées de l'extérieur, il s'était fait une demi-consolidation du sphincter de l'anus, et les graves incommodités auxquelles la malade avait été en proie dans les premiers temps, étaient devenues plus supportables. C'est dans cet état qu'étaient les choses lorsque madame B... arriva en toute hâte à Paris, après que j'eus donné à son mari le conseil de l'y amener, certain, à peu près, que leur vœu commun serait réalisé.

A peu près dans le même temps, je me trompe, c'était dans l'année suivante, en 1835, au mois de juillet, me fut présentée une jeune dame de vingt-deux ans, chez laquelle le périnée avait été rompu complétement dans une première couche. Il y avait eu cicatrisation isolée de chacun des bords de la division, laquelle s'étendait à peine au-dessus du périnée proprement dit, la cloison recto-vaginale y participant infiniment peu. Cette jeune dame était donc sous le rapport de la mutilation elle-même, comme sous tout autre, au reste, dans les conditions les plus favorables. Elle venait de la Nouvelle-Orléans, et son mari, quoique livré à de grandes opérations commerciales, qui ne lui permettaient guère de faire une longue absence, l'avait accompagnée en France. Il avait craint de sa part quelque irrésolution, et avait voulu soutenir et allumer son courage. Cette appréhension n'était que trop fondée, et malheureusement, comme vous allez le voir, la jeune dame fut soustraite à l'ascendant de son mari, et privée de ses conseils, alors qu'ils lui auraient été si utiles une seconde fois.

Je l'opérai le 24 juillet, quelques jours seulement après son arrivée, à cause du très grand désir qu'elle et son mari avaient de ne pas faire en France un trop long séjour. Toutes les manœuvres de l'opération furent extrêmement simples, et dans tout ce que j'avais fait avant le cas dont il s'agit, comme dans tout ce que j'ai fait depuis, je n'ai jamais eu plus de raisons pour espérer un heureux résultat. La malade m'avait secondé par une résignation et une docilité vraiment remarquables. Il n'y eut rien à lui reprocher non plus dans la part qu'elle devait prendre

aux soins qui pouvaient préparer le succès de l'opération : et moi-même je dirigeai le traitement consécutif avec une attention scrupuleuse. Le moment étant venu de provoquer des évacuations alvines, c'était le septième jour après l'opération, la veille de celui où je devais enlever la suture, je prescrivis, pour prendre à l'intérieur, une demi-once ou 15 grammes d'huile de ricin. J'avais choisi ce minoratif, et j'en avais prescrit cette dose aussi minime, parce que je voulais seulement rendre très facile la sortie des matières contenues dans les gros intestins, et parce que la malade avait les organes digestifs d'une extrême susceptibilité. Plusieurs fois, dans le cours de sa vie, elle avait été purgée surabondamment sous l'influence du plus simple minoratif. Nonobstant la précaution que j'avais prise, même chose arriva ; les évacuations alvines, toutes très molles ou même liquides, heureusement, se succédèrent en si grand nombre, pendant près de vingt-quatre heures, qu'il me fallut retarder d'un jour l'ablation des points de suture. Les fils furent donc retirés au commencement du neuvième jour.

En ce moment il y avait une parfaite coaptation entre les deux parties du périnée, et l'adhésion paraissait aussi avancée que possible, eu égard au temps depuis lequel la nature avait été mise à même d'y procéder. La plaie bâillait seulement un peu vers l'anus. C'est du reste ce qui a lieu le plus ordinairement, je pourrais même dire presque toujours ; dans les cas même où les choses doivent se terminer le plus heureusement, il faut s'attendre, comme je crois l'avoir déjà dit, à voir la partie de la plaie qui avoisine le plus immédiatement l'anus, suppurer et ne

se consolider que lentement, à la manière de la plaie provenant de l'opération de la fistule à l'anus. Pendant plusieurs jours, que dis-je, jusqu'au seizième inclusivement, la nature avait travaillé efficacement à une guérison complète; les petites ulcérations de la peau occasionnées par la pression des chevilles s'étaient cicatrisées; il ne s'écoulait plus de pus par les ouvertures des points de suture, lesquels en donnent toujours plus ou moins abondamment dans les jours qui suivent l'extraction des fils, et tout le périnée paraissait avoir déjà une grande solidité. Ne voulant point exposer la malade aux inconvénients d'une nouvelle superpurgation, qu'elle-même redoutait beaucoup, j'avais décidé de ne pas recourir à des moyens artificiels pour provoquer des garde-robes, et avec le secours d'une alimentation très peu abondante, j'espérais que des évacuations alvines spontanées auraient lieu très tardivement, tout au moins à une époque où, quelle que fût la consistance des matières fécales, ces matières pourraient franchir l'anus sans qu'il y eût rien à appréhender pour le périnée.

Mais les choses se passèrent tout autrement que je ne l'avais espéré. Nous étions au dix-septième jour : trois ou quatre jours encore auraient suffi, sans doute, pour amener tout le périnée au degré définitif de consolidation et pour que toute désunion, toute rupture de la cicatrice fût impossible ; mais au moment où l'on s'y attendait le moins, et sans phénomènes avant-coureurs, madame B... éprouva le besoin le plus pressant d'aller à la garde-robe : elle ne put y résister ; on n'eut pas le temps de lui administrer un lavement, qui aurait peut-être divisé, amolli la masse des

fèces amassées dans le rectum ; je n'avais même pas songé à donner aux personnes qui entouraient la malade les instructions d'après lesquelles on aurait pu recourir à ce moyen : des matières, sinon très dures, du moins très fermes, et en quantité considérable, firent donc effort pour franchir l'anus ; et dans cet effort pour ainsi dire involontaire, que madame B... ne put maîtriser, il y eut disjonction des deux parties du périnée, destruction de tout le travail qui jusqu'alors avait été si heureusement accompli par la nature. Lorsque je fus appelé en toute hâte près de la malade, il n'y avait plus qu'une petite bride en avant, et cette bride elle-même se rompit bientôt. On m'assura que la désunion avait commencé par le centre même du périnée.

La désolation de madame B... fut grande : grande aussi fut celle du mari ; mais on avait touché au port, on n'en avait été repoussé que par un violent orage qu'il n'était guère possible de prévoir. Une nouvelle opération offrait tout autant de chances de succès que la première : et pour qu'elle réussît, il devait suffire, probablement au moins, de prévenir l'accumulation de matières excrémentitielles solides dans l'intérieur du rectum. C'est ce dont il fut facile de convaincre madame B... et son mari. Bientôt donc une nouvelle opération fut décidée pour le moment où les parties sur lesquelles j'avais agi une première fois auraient recouvré leur état primitif ; mais il fallait attendre six semaines ou deux mois, et M. B... était pressé de retourner à la Nouvelle-Orléans, où l'appelaient des affaires importantes. Confiant dans la résolution que sa femme avait prise, il se décida à la laisser seule à Paris, en me

recommandant de hâter, le plus qu'il me serait possible, le moment où elle-même pourrait le rejoindre. Nous étions au milieu du mois d'août : je devais m'absenter pendant tout le mois de septembre ; il fut convenu que l'opération nouvelle serait pratiquée aussitôt après ma rentrée à Paris, c'est-à-dire dans les premiers jours d'octobre. Madame B... attendit mon retour, en effet, sans avoir exprimé aux personnes qui la connaissaient et la voyaient journellement le moindre regret de ne pas avoir accompagné son mari, et donnant toujours à penser que la résolution qu'elle avait prise était irrévocable. Mais elle avait trop compté sur son courage : elle en manqua complétement lorsque fut venu pour elle le moment d'accomplir la promesse qu'elle avait faite à son mari. Son imagination lui retraça plus vives qu'elles n'avaient dû l'être et qu'elles n'avaient été réellement, les souffrances de la première opération ; elle ne put se familiariser avec l'idée d'en éprouver encore de semblables. Nous n'avions pas à cette époque l'importante ressource des anesthésiques. Mes exhortations de tous genres ne furent point entendues ; les prières, les instances de toutes les personnes qui avaient pitié de cette jeune dame, et qui comprenaient le déplaisir qu'elle préparait à son mari, furent également inutiles. La perspective du bien-être qui lui était promis par une opération dont j'osais presque garantir le succès ne fut plus rien pour elle. Ce que j'avais cru d'abord n'être de sa part qu'un simple caprice, fut, au contraire, un parti définitif. Elle a quitté Paris dans l'état où elle se trouvait quand elle y avait été amenée.

Après l'époque à laquelle se rapporte le cas de cette jeune dame de la Nouvelle-Orléans, quelques années se

sont écoulées sans que j'aie eu de nouvelle occasion, je ne dirai pas de voir des déchirures du périnée consécutives à l'accouchement, mais d'entreprendre la réparation d'un tel désordre. Deux dames par lesquelles j'avais été consulté n'ont point eu le courage de subir l'opération dont on leur avait fait entrevoir les avantages : elles ont préféré vivre avec leur infirmité. Le premier cas nouveau que je vais rapporter dans un moment est de l'année 1841. Mais, deux années auparavant, c'était en 1839, j'eus l'idée de faire quelque chose de semblable ou d'analogue à la périnéoraphie, en agissant seulement sur la vulve, chez une femme affectée d'un prolapsus très ancien de la matrice qu'il n'était pas possible de contenir à cause de la prodigieuse dilatation de cette ouverture et du vagin lui-même; j'avais espéré qu'en faisant adhérer entre elles les deux grandes lèvres dans une certaine étendue, et en réduisant la vulve ou l'entrée du vagin aux plus petites dimensions possibles, je créerais un obstacle permanent à la descente de l'utérus. Il devait arriver au moins que cet organe, s'il ne reprenait pas tout à fait sa place naturelle, restât renfermé dans le vagin, soutenu par le périnée considérablement agrandi.

J'échouai dans cette entreprise. J'avais fait comme à l'ordinaire une suture enchevillée, j'avais placé trois fils. Au moment où je retirai ces derniers, — c'était huit jours après leur application, — les parties que j'avais voulu réunir étaient restées simplement contiguës ; il ne s'était fait aucune adhésion. Heureusement, l'opération n'avait imprimé aucun ébranlement fâcheux à l'économie. Aucun accident grave ne s'était manifesté, et la malade revint

bientôt à l'état où elle se trouvait lorsque j'avais entrepris de la guérir de son infirmité. Cette femme n'était déjà plus très jeune : elle était, d'ailleurs, sinon épuisée, du moins très affaiblie par des privations de tous genres et aussi par ses souffrances habituelles. C'est de là, sans doute, qu'est provenu l'insuccès de la suture.

En 1841, donc, une nouvelle occasion se présenta pour moi de pratiquer la périnéoraphie dans un cas de division déjà ancienne de tout le périnée et d'une partie de la cloison recto-vaginale, division consécutive à un accouchement laborieux. C'était ma quatorzième périnéoraphie; mais c'était la douzième femme seulement que j'opérais, puisque deux fois il m'était arrivé de ne réussir qu'à la seconde tentative. Le cas présent est celui que j'ai annoncé plus haut, en disant qu'une troisième femme de médecin avait eu à profiter, par mes mains, des bienfaits de la suture du périnée. Le mari de celle-ci, M. B. L..., pratique la médecine dans le département de la Dordogne. Quand il amena sa femme à Paris, dans les premiers jours du mois de mars 1841, elle avait vingt-sept ans. Une déchirure complète du périnée avait eu lieu chez elle, cinq ans auparavant, dans une première parturition qui s'était accomplie lentement et avec peine, mais sans qu'on dût avoir recours à l'application du forceps. Trois autres accouchements avaient eu lieu depuis celui-là. Madame B.-L. était remarquable par sa petite taille et par un embonpoint considérable, surtout eu égard à son âge : c'était une de ces femmes courtes et grosses, dont les membres inférieurs semblent à peine pouvoir supporter le tronc. Elle éprouvait à un haut degré les incommodités ordinaires dans les

divisions complètes du périnée, savoir, le dégagement involontaire des gaz intestinaux, l'incontinence des matières fécales, pour peu que ces matières fussent molles, et à plus forte raison quand elles étaient fluides. C'était pour être délivrée de ces incommodités, bien plus que pour recouvrer une bonne conformation des organes sexuels, que madame B. L... avait enfin consenti à venir à Paris et à subir une opération pour laquelle elle avait eu d'abord un grand éloignement.

Je la lui fis le 22 mars, après lui avoir fait prendre la veille un léger purgatif, afin de débarrasser les organes digestifs, et particulièrement les gros intestins des matières qu'ils pouvaient contenir. Cette opération ne présenta rien de particulier; elle fut la même exactement que toutes celles que j'ai rapportées pour des cas analogues. J'aurais pu employer deux fils seulement pour la suture, ou ne pratiquer que deux points de suture, tant était court, à raison de la petite stature de madame B. L..., l'espace qu'il s'agissait de combler; cependant j'en fis trois, comme à l'ordinaire, au risque de resserrer un peu trop l'entrée du vagin. Je savais l'ampliation que cette ouverture est susceptible d'éprouver, soit seulement pour de nouveaux rapports sexuels, soit pour l'acte de l'accouchement, alors qu'elle paraît très étroite après la restauration du périnée. Je n'avais jamais été jusqu'alors, comme je n'ai jamais été depuis, dans la nécessité de l'agrandir après coup. Ainsi faite, chez madame B. L..., l'opération a réussi admirablement. Les suites premières en ont été fort simples. Aucune circonstance extraordinaire ne s'est manifestée non plus après l'ablation de la suture. J'ai même

remarqué que les ouvertures qui avaient été traversées par les fils, avaient suppuré moins abondamment, et moins longtemps que cela n'a lieu le plus ordinairement. La cicatrisation s'en est faite dans un temps assez court. J'avais provoqué des selles liquides ou très molles, la veille du jour où je devais retirer les fils de la suture, en faisant prendre à madame B. L... un peu d'huile de ricin. Les fils n'étant plus en place, et quelques jours s'étant écoulés, je n'attendis pas que la malade éprouvât le besoin de rendre des matières fécales qui, peut-être, auraient eu beaucoup de consistance. Pour prévenir les inconvénients, que dis-je? les dangers des selles spontanées, je lui fis prendre encore une fois un minoratif : c'était le quatorzième jour après l'opération, et cinq jours seulement après l'ablation de la suture. Passé ce temps, toute précaution à cet égard eût été superflue, et la malade qui, pour l'alimentation, était revenue à peu près à ses habitudes ordinaires, fut affranchie de tout soin particulier pour l'acte de la défécation. Dès le 10 avril, on put la faire sortir du lit, et la placer sur un fauteuil; le 25 du même mois, elle sortit pour la première fois, et fit à pied plusieurs courses dans Paris, qu'elle quitta le 10 mai. L'anus, le périnée et la vulve étaient parfaitement reconstitués; seulement l'entrée du vagin était un peu étroite; le sphincter de l'anus était réintégré dans son action. Dès lors il n'y avait plus incontinence des matières; les selles étaient naturelles, et le dégagement des gaz intestinaux ne se faisait plus que par un acte de la volonté. Toutefois une petite quantité de ces gaz, mais de ces gaz seulement, et seulement encore de temps à autre, pénétrait dans le

vagin et s'échappait par la vulve; mais l'ouverture qui leur livrait passage était si petite, qu'il était impossible de la sentir avec le bout du doigt introduit, soit dans le rectum, soit dans le vagin. Peut-être cette si petite ouverture s'est-elle fermée complétement.

En 1842, au mois d'août, on confia à mes soins, et je fis entrer dans mon service à l'Hôtel-Dieu, Eugénie Lemaître, jeune femme de vingt-deux ans, qui avait eu le périnée rompu complétement dans un premier accouchement, pour lequel il avait fallu recourir à l'application du forceps. C'était pendant les dernières manœuvres, pour amener la tête de l'enfant au dehors, que la déchirure s'était opérée. La cloison recto-vaginale y avait participé jusqu'à la hauteur d'un demi-pouce environ; du moins c'était jusque-là, qu'elle s'étendait lorsque je vis cette jeune femme pour la première fois, et à une époque où, de toutes parts, les bords de la solution de continuité étaient cicatrisés. Le désordre datait d'un an environ; il ne différait pas de ce que j'avais déjà observé maintes fois. L'opération à faire pour le réparer pouvait être entreprise avec d'autant plus de chances de succès que la malade était bien constituée et jouissait d'une santé parfaite; elle était d'ailleurs pleine de résignation et désirait vivement être délivrée de son infirmité.

Après l'avoir laissée pendant quelques jours se familiariser avec les habitudes de l'hôpital, et avec la présence des élèves, sous le prétexte de la soumettre à quelques légères préparations, j'opérai cette jeune femme le 11 août. Cette nouvelle périnéoraphie ne fut qu'une répétition de toutes celles que j'avais déjà pratiquées : elle ne présenta ni plus

ni moins de difficultés, se composa des mêmes manœuvres exécutées dans le même ordre, avec le même soin et les mêmes précautions. Semblables aussi furent les soins ultérieurs. Même attention à rendre facile l'évacuation de la vessie, et à protéger les parties opérées contre l'action de l'urine, en laissant une sonde de gomme élastique à demeure dans l'urètre; à tenir les cuisses exactement rapprochées l'une de l'autre; à ne permettre à la malade que la plus petite quantité possible d'aliments pour prévenir pendant plusieurs jours au moins tout besoin d'aller à la garderobe; à provoquer une première fois des selles molles ou liquides, la veille du jour où la suture devait être détruite; à faire naître de nouveau la constipation par un régime sévère, ou même par l'administration de quelques opiacés à l'intérieur; puis, après quelques jours, à provoquer de nouveau une ou plusieurs garderobes faciles, pour éviter une dilatation trop forte de l'anus, et toute distension du périnée; enfin à seconder par des soins de propreté et par des pansements journaliers l'œuvre de la nature, pour la guérison des petites plaies provenant du séjour des fils dans l'épaisseur du périnée, et de celle qui persiste plus ou moins longtemps en arrière du périnée, à l'anus même.

Tout s'est passé de la manière la plus simple et la plus heureuse. Après la parfaite consolidation du périnée au dehors, une petite ouverture subsistait encore au bas de la cloison recto-vaginale; et bien rarement, du reste, voit-on disparaître immédiatement, ou se réunir par première intention, la partie de la déchirure qui appartient à cette cloison; presque toujours c'est consécutivement ou se-

condairement, et quelquefois même assez lentement, que s'interrompt la communication du rectum avec le vagin. Dans bien des cas même il faut hâter l'événement par des cautérisations plusieurs fois répétées des bords de l'ouverture avec le nitrate d'argent. Il en fut ainsi chez Eugénie Lemaître. Pendant quelque temps, les matières fécales pénétraient en petite quantité dans le vagin et s'échappaient par la vulve ; bientôt l'ouverture ne livra plus passage qu'aux gaz intestinaux, d'abord fréquemment, puis de loin en loin seulement, et en quantité de moins en moins considérable, jusqu'à ce qu'enfin cette voie insolite leur fût complétement fermée.

Il y eut donc, chez Eugénie Lemaître, réhabilitation complète du périnée et de la cloison recto-vaginale dans leur état naturel. Les choses étaient déjà en cet état au moment où je permis à cette jeune femme de quitter l'Hôtel-Dieu : c'était vers la fin du mois de septembre. Il lui fut loisible de s'exposer à devenir enceinte de nouveau, et de courir la chance d'un nouvel accouchement. C'est ce qui eut lieu assez promptement. Je n'ai pas revu cette jeune femme depuis qu'elle a quitté l'Hôtel-Dieu : ce n'est pas d'elle-même que j'ai appris sa nouvelle grossesse et l'accouchement qui s'en est suivi ; mais les principales circonstances de l'une et de l'autre m'ont été rapportées par le médecin, M. Josse, à qui Eugénie Lemaître avait confié le soin de sa délivrance. D'ailleurs elles font le sujet d'une communication qui se trouve insérée dans un des numéros (novembre 1843) du journal *l'Expérience*, journal qui paraissait à l'époque où le fait s'est accompli, et dont la publication a cessé depuis. Il est dit que cette

jeune femme, parvenue au terme naturel de sa grossesse, est accouchée heureusement sans déchirure, sans éraillement, sans aucune lésion du périnée ; et cependant, bien que le travail n'eût été ni très long ni très pénible, une circonstance aurait pu en rendre les suites fâcheuses, ou du moins aurait pu faire naître des inquiétudes relativement au périnée. En effet, l'enfant se présenta par les pieds ; de la troisième position ceux-ci furent ramenés dans la seconde, et des manœuvres particulières eurent lieu pour faciliter la sortie de la tête.

Après l'important succès dont vous venez, mon cher Lawrence, de lire la relation abrégée, trois années s'écoulèrent sans que j'eusse l'occasion de pratiquer de nouveau la périnéoraphie. Cette occasion ne se présenta à moi qu'au mois de juin 1845, et plût au ciel même qu'il n'en eût pas été ainsi ; car la mort suivit une tentative de restauration du périnée faite dans des circonstances presque aussi favorables que possible, tentative qui s'était annoncée comme devant être des plus heureuses. Déjà remarquable sous ce rapport, ce fait l'est encore par l'origine du désordre qu'il s'agissait de réparer. La malade, qui était une couturière âgée de trente-deux ans, et qui avait nom Jeannette Langot, ne devait pas son infirmité à un accouchement laborieux ou mal dirigé ; c'était une maladie vénérienne qui l'avait fait naître, ou qui du moins en avait été la première cause déterminante. Des chancres syphilitiques s'étaient développés sur la commissure postérieure de la vulve et sur la partie la plus infime de la cloison recto-vaginale. Il y avait eu destruction d'une partie du périnée, puis formation d'une fossette entre le

rectum et le vagin. Enfin, par suite de je ne sais quelles opérations qui avaient été entreprises pour arrêter les progrès de cette communication entre le rectum et le vagin, en même temps que la malade était soumise à un traitement antisyphilitique, il y avait eu division complète du périnée.

Quand la femme Langot me fut présentée, elle venait de recevoir dans l'un des services de médecine de l'Hôtel-Dieu des soins pour une maladie étrangère à son infirmité. Elle y avait recouvré une santé parfaite ; et la pensée lui avait été inspirée de demander à la chirurgie la réintégration de ses organes sexuels dans leurs formes naturelles. Quoique étant en grande partie le produit d'un travail ulcératif, la division du périnée était assez régulière : à peine voyait-on quelques ondulations sur les bords ; elle s'étendait jusqu'à 2 centimètres environ sur la cloison recto-vaginale ; comme autres traces des ravages occasionnés par la maladie vénérienne qui avait existé plusieurs mois auparavant, il y avait à l'intérieur du rectum, à peu près au niveau de l'angle de la cloison, quelques cicatrices en forme de brides, lesquelles rétrécissaient tant soit peu le calibre de l'intestin. Ces brides, qui représentaient comme un sphincter passif ou non contractile, contribuaient peut-être à ce que la femme Langot fût plus rarement incommodée par la sortie involontaire des matières fécales et des gaz intestinaux que ne le sont la plupart des femmes chez lesquelles le périnée est détruit. Ajouterai-je, pour compléter le résultat de mes observations à l'égard de la femme Langot, et l'indication de l'état où elle se trouvait avant que je la soumisse à une opération dont l'issue a

été si malheureuse, que tout en désirant guérir, son état ne l'affectait que médiocrement; elle le supportait avec patience, et paraissait douée d'une heureuse tranquillité de caractère.

Rien ne s'opposait donc à ce que je cédasse à ses désirs : j'aurais été moi-même le premier à les lui inspirer. Elle était entrée dans mes salles au milieu de juin 1845. Prévoyant que je ferais une absence avant la fin du mois suivant, et tenant à recueillir moi-même toutes les circonstances et jusqu'au résultat définitif de l'opération qu'elle devait subir, je ne tardai que quelques jours à la lui faire. Je la lui pratiquai le mercredi 25 juin. M. le professeur Moreau, qui m'avait déjà vu faire plusieurs sutures du périnée, m'avait exprimé le désir d'assister encore à celle-ci, et en fut témoin en effet. Pour lui, comme pour un certain nombre de personnes qui m'entouraient et qui pouvaient déjà connaître ma manière de procéder en pareille circonstance, l'opération n'a rien eu de remarquable, et surtout n'a rien présenté que j'aie eu à noter spécialement. Ce que j'ai eu à faire, ce que j'ai eu à observer plus tard et jusqu'au douzième jour a été si parfaitement semblable à ce que j'ai rapporté tant de fois, que je crois devoir vous épargner des détails maintenant sans intérêt pour vous. J'arrive tout de suite à ce qui est advenu à partir du douzième jour après l'opération.

Alors tout semblait présager l'événement le plus favorable; les fils de la suture étaient retirés depuis trois jours : j'avais été forcé de retarder d'un jour, parce que la malade s'y était refusée une première fois, l'administration du minoratif au moyen duquel je voulais obtenir l'expul-

sion facile des matières contenues dans les gros intestins avant de détruire la suture. L'adhésion s'était faite entre les parties rapprochées et maintenues par cette suture. Elle persistait dans toute la longueur du nouveau périnée, excepté dans la partie la plus rapprochée de l'anus : déjà la suppuration des petites plaies provenant de la suture était moins abondante, et déjà aussi il y avait tendance de ces plaies à la cicatrisation ; le succès de l'opération semblait donc assuré, si, comme il était si facile que cela fût, les évacuations alvines étaient réglées d'une manière convenable et se faisaient sans effort. Mais après vingt quatre heures d'un malaise général, nous vîmes apparaître un érysipèle qui, s'étant manifesté d'abord à la partie interne des cuisses et sur l'abdomen, gagna successivement et dans l'espace de quelques jours, presque toutes les régions du corps, et se termina par la mort le 14 juillet, dix-neuf jours après l'opération. C'est par cette malheureuse femme que débuta, dans mon service à l'Hôtel-Dieu, à l'époque dont il s'agit, une de ces épidémies d'érysipèle qu'on voit régner assez souvent, non seulement dans nos hôpitaux, mais aussi dans la pratique privée, comme complication des plaies, et qui peuvent rendre les suites des opérations plus fâcheuses qu'elles ne le sont dans les circonstances ordinaires. Tel fut le caractère de la constitution, peut-être devrais-je dire de l'épidémie érysipélateuse que je rappelle en ce moment. Elle ne fut pas de longue durée, mais quelques malades en furent victimes : entre autres, et indépendamment de la femme qui est le sujet de l'observation présente, une jeune fille à laquelle j'avais, dans un cas d'ectropion ou de renversement en dehors de toute

la paupière droite par destruction des téguments, pratiqué une blépharoplastie qui avait été des plus heureuses : déjà le lambeau autoplastique que j'avais emprunté à la région temporale était réuni, la paupière était restaurée, et je n'avais plus qu'à aider la nature dans le travail de cicatrisation de la plaie de la région temporale, lorsque survint un érysipèle de la face, qui fut bientôt accompagné d'accidents cérébraux, et qui causa la mort du sujet.

C'est par la mort aussi, comme je l'ai déjà dit, que s'est terminé l'érysipèle général dont a été atteinte la femme opérée pour la déchirure du périnée. Ces deux malades, qui ont éprouvé le même sort, avaient subi deux opérations à peu près du même genre pour le seul avantage d'être délivrées d'une simple infirmité, lesquelles opérations avaient été pratiquées à quelques jours seulement d'intervalle l'une de l'autre. Les deux malades ont eu cela de commun que, malgré l'invasion de l'érysipèle, malgré le caractère grave des symptômes dont cette affection nouvelle a été bientôt accompagnée, il n'y a point eu destruction du travail adhésif dans les parties qui avaient été soumises à l'opération. Ce travail de consolidation des plaies dans les parties molles, comme celui des fractures dans les os, disparaît en partie ou complétement dans le cours et sous l'influence des maladies graves qui se déclarent avant qu'il soit arrivé tout à fait à son terme : et de là vient en grande partie la difficulté qu'on éprouve à surprendre et à bien observer, chez l'homme particulièrement, l'œuvre de la nature dans les phénomènes dont il s'agit. Quoi qu'il en soit à cet égard, je ne fus pas très surpris de la conservation des

adhérences du lambeau à la paupière; je le fus un peu plus en trouvant le périnée presque entièrement consolidé après la mort chez la femme qui avait subi la suture de cette partie. Chez elle, en effet, l'invasion de l'érysipèle avait suivi d'assez près le moment où j'avais retiré les fils de la suture : elle avait été hâtive ; elle avait eu lieu tardivement, au contraire, chez la jeune fille qui avait subi la blépharoplastie. Sans doute le périnée, chez la première de ces deux femmes, n'était pas sur le cadavre refait, reconstitué, solide dans toutes ses parties, comme il l'eût été si la malade eût survécu, ou si elle eût succombé à quelque maladie plus tardive dans son apparition que ne l'avait été l'érysipèle. Mais il présentait une réunion assez étendue, assez avancée, pour que ce fait, déjà remarquable en lui-même, m'ait donné la mesure posthume de ce que la nature se disposait à accomplir et de ce qui serait advenu sans la fâcheuse manifestation de l'érysipèle.

Il dépendrait de moi, mon cher Lawrence, d'ajouter aux faits qui précèdent la relation détaillée de trois autres faits que j'ai recueillis depuis 1846. Mais pour éviter des répétitions fastidieuses, je me contenterai de vous les indiquer sommairement, parce qu'ils n'ont offert aucune circonstance particulière, aucune condition différente de celles que j'ai déjà eu si souvent l'occasion de vous décrire.

Dans les trois cas il s'agissait de femmes chez lesquelles le périnée s'était rompu pendant les efforts d'un premier accouchement.

L'une de ces trois opérations fut pratiquée à l'Hôtel-

Dieu, le 19 juin 1846, sur la femme Manginot. C'était une femme un peu forte, âgée de quarante ans. Le résultat fut une guérison aussi complète que possible.

Le 24 mai 1848, je fis encore la périnéoraphie sur une fille nommée Levêque, âgée de vingt-huit ans, qui m'avait été adressée par un médecin de Bourges. Il ne survint aucun accident, mais la réunion manqua. La malade quitta l'hôpital le 18 juin, en annonçant qu'elle avait l'intention de revenir, mais elle n'a pas tenu sa promesse, et j'ignore ce qu'elle est devenue.

Enfin, pour clore cette longue liste, je vous mentionnerai un dernier succès que j'ai obtenu sur Ismérie Ducroquet, âgée de trente-huit ans, ancienne femme de chambre de ma fille. J'opérai cette malade à l'Hôtel-Dieu, le 23 mars 1849. La guérison fut parfaite. C'était la quinzième opération que je pratiquais depuis ma lecture à l'Institut, et la vingtième depuis le commencement.

Aucune autre occasion ne s'est présentée à moi depuis cette époque. Du reste, vous avez pu, sans doute, remarquer comme moi que les opérations de périnéoraphie que j'ai pratiquées, très nombreuses pendant les premières années, sont devenues ensuite de plus en plus rares. Loin de me plaindre de cette circonstance, je me sens, au contraire, disposé à m'en féliciter. N'y trouvez-vous pas, en effet, la preuve que cette opération, pratiquée d'abord presque exclusivement par moi, s'est peu à peu répandue parmi les chirurgiens, au même titre que les opérations classiques? Il m'est donc permis de penser que mes efforts ont été ainsi utiles, non seulement aux femmes que j'ai opérées moi-même, mais encore à celles qui ont dû à

d'autres chirurgiens, encouragés par mon exemple, la guérison de leur pénible infirmité.

Tels sont, mon cher Lawrence, les faits nouveaux qu'il m'a été donné de recueillir depuis la publication de mon premier travail sur la restauration du périnée. Vous les considérerez, je pense, comme ajoutant à l'intérêt de ce travail. A mesure qu'ils se présentaient à moi, j'appelais de tous mes vœux le moment où je pourrais les rassembler, les comparer entre eux, les rapprocher de ceux que j'avais déjà fait connaître, leur donner une publicité autre que celle que quelques-uns ont reçue par l'indication insuffisante qui en a été faite dans quelques-uns de nos recueils périodiques. J'avais hâte pareillement de mettre en lumière les résultats fournis par le rapprochement et la comparaison de tous ces faits, qui forment un faisceau assez considérable, eu égard à la fois à la nature même de ces faits et à l'époque encore peu éloignée qui a vu naître le premier de tous.

Eh bien, donc, ce premier fait compris, j'ai eu à pratiquer la suture du périnée sur dix-huit femmes ; et ce ne sont pas les seules, comme je vous l'ai déjà dit, que j'aie vues atteintes de l'infirmité qui comporte l'application de cette ressource de la chirurgie. Cinq ou six autres, par lesquelles ou pour lesquelles j'ai été consulté, n'ont pas voulu subir une opération dont consciencieusement je ne pouvais pas leur garantir le succès d'une manière absolue, ou en ont été détournées par l'appréhension de la douleur. Sur ces dix-huit femmes, j'ai fait la périnéoraphie vingt fois, parce que j'ai dû la répéter sur deux d'entre elles, chacune de ces deux femmes l'ayant subie une

première fois sans succès. Sur l'un des dix-huit sujets, il ne s'agissait pas de restaurer le périnée proprement dit, ou de refaire le pont charnu qui sépare chez la femme la vulve de l'anus : ce pont n'avait pas été détruit, tout au plus avait-il perdu une partie de ses dimensions naturelles; mais la vulve avait éprouvé une ampliation considérable par le fait d'un prolapsus permanent de l'utérus, avec renversement du vagin : c'était pour agrandir artificiellement le périnée et resserrer l'entrée du vagin que l'opération avait été entreprise; j'avais voulu créer une sorte de pessaire naturel, ou du moins faire naître dans les parties affectées un changement qui rendît inutiles les pessaires proprement dits, dont il n'avait pas été possible que la malade fît usage. Mon entreprise n'a pas réussi; mais je n'ai eu à déplorer aucun accident fâcheux, et la malade est restée dans l'état où elle était auparavant.

Sur deux des dix-sept autres femmes, la division du périnée ne provenait pas d'une rupture, d'une déchirure de cette partie dans les efforts d'un accouchement; elle avait été le résultat d'une cause accidentelle toute différente, et dans les deux cas la main du chirurgien avait concouru à la produire. Des abcès, des ulcérations, des ouvertures fistuleuses, s'étaient d'abord spontanément établis, et c'est dans le traitement de ces affections qu'il y avait eu destruction du périnée avec division d'une partie de la cloison recto-vaginale. Cette destruction ou division du périnée était complète : on ne trouvait, sur la ligne médiane, aucune trace de cette partie; la vulve et l'anus étaient confondus comme dans les cas où le périnée a été rompu

dans un accouchement laborieux. Chose remarquable, ces deux femmes, qui forment à elles seules une catégorie distincte quant à l'origine de leur difformité, ont eu le même sort. L'une et l'autre ont succombé aux suites de l'opération que leur état avait nécessitée.

Mes quinze autres opérées avaient dû leur mutilation à un accouchement plus ou moins laborieux, ou peut-être mal dirigé, dans quelques cas, du moins. Une seule d'entre elles présentait une déchirure incomplète du périnée. La division sur toutes les autres était complète et empiétait même, dans une étendue variable, sur la cloison recto-vaginale. Deux d'entre elles seulement n'étaient pas primipares, et l'on conçoit, du reste, qu'une première parturition, toutes choses égales d'ailleurs, prédispose à une déchirure du périnée, bien plus que ne peuvent le faire des accouchements ultérieurs. Je voudrais pouvoir indiquer, et il serait peut-être assez curieux de connaître le rapport proportionnel des cas où les seuls efforts de l'accouchement ont suffi pour rompre le périnée, et de ceux où cette rupture a été produite, ou au moins préparée par l'application du forceps. J'ai bien noté l'une ou l'autre de ces deux circonstances pour la plupart des malades, opérées ou non opérées, qui ont passé sous mes yeux; mais j'ai omis de le faire pour quelques-unes, et j'éprouve le regret de laisser mon résumé incomplet sous ce rapport.

De ces quinze opérées, une seule a succombé, et, chose remarquable, cet événement malheureux est arrivé précisément sur celle qui n'offrait qu'une rupture incomplète et qui avait dû subir, par conséquent, l'opération la plus

simple et la moins grave. Toutes les autres ont survécu, et même je puis dire qu'aucune d'elles n'a couru le moindre danger.

Parmi les quatorze femmes de cette dernière catégorie, il en est dix qui ont été guéries dès la première opération. La périnéoraphie a échoué une première fois sur les quatre autres. Deux d'entre elles ont consenti à se soumettre à une deuxième opération, et ont reçu le prix de leur courage qui n'avait pas été ébranlé par un premier insuccès. Quant aux deux autres, elles ont manqué de résignation ou de confiance, et elles sont restées volontairement dans l'état où elles étaient avant de s'adresser à moi. Il est permis de croire que si elles avaient consenti à se laisser opérer une seconde fois, elles auraient guéri heureusement, comme les précédentes, de leur fâcheuse infirmité.

Ces derniers faits établissent donc que si elle n'est pas l'occasion d'accidents mortels, et ces accidents, je les ai vus survenir trois fois seulement sur vingt opérations, la suture du périnée doit réussir, et réussit, en effet, presque constamment. Cependant, alors même qu'on peut dire qu'elle a réussi, et qu'en effet le périnée est reconstitué, il n'y a pas toujours rétablissement complet de la cloison recto-vaginale. Il est rare que cette cloison soit consolidée de prime-abord. Dans le plus grand nombre des cas, une ouverture s'établit à la partie inférieure et laisse passer en quantité plus ou moins considérable, du rectum dans le vagin, des gaz, des mucosités intestinales et des matières fécales. Tantôt cette communication entre le rectum et le vagin diminue par degrés et finit par cesser

complétement; tantôt, sans disparaître entièrement, elle devient plus petite et ne produit que des incommodités très légères; mais on l'a vue s'agrandir dans l'acte d'une nouvelle parturition, tandis que, à en juger au moins d'après les faits que j'ai recueillis, il n'est encore jamais arrivé que le périnée se soit rompu ou déchiré de nouveau après avoir été reconstitué.

Ici se termine, mon cher Lawrence, la série des faits que j'avais l'intention de faire passer sous vos yeux. Je fais des vœux sincères pour que vous éprouviez, en les trouvant placés sous la protection de votre nom, une partie de la satisfaction que j'ai éprouvée moi-même en les écrivant pour vous. Il m'est bien doux de penser que ceux qui liront ces pages me sauront gré de vous les avoir adressées, et que, par considération pour l'amitié qui nous lie, ils feront peut-être rejaillir sur moi une partie de l'estime qui s'attache à votre personne.

APPENDICE

AUX LETTRES X ET XI.

Pour faciliter l'étude et la comparaison des observations de périnéoraphie contenues dans les deux lettres précédentes, la Commission a cru bien faire de les réunir dans le résumé suivant :

I. *Périnéoraphie pratiquée pour des divisions périnéales consécutives à l'accouchement.*

1° Page 391. — La dame de Valognes, 22 ans, primipare, accouchée au forceps. Déchirure datant de deux ans.

Première opération, par la suture entortillée. *Insuccès*

Deuxième opération, par la suture enchevillée. *Succès.* — Il reste une petite fistule recto-vaginale.

(Cette dame a eu depuis deux accouchements heureux. Le périnée a bien résisté, mais l'ouverture recto-vaginale s'est agrandie.)

2° Page 410. — Joséphine Erard, 21 ans, primipare, accouchement simple. Déchirure datant de deux ans. *Succès.* — Une très petite fistule recto-vaginale persistait encore quand la malade quitta l'hôpital.

3° Page 417. — Femme Claye, 29 ans, déchirure du périnée survenue dans le cinquième accouchement. Les quatre

premiers accouchements avaient été naturels; le cinquième nécessita l'emploi du forceps. *Succès complet.*

4° Page 418. — Madame T..., 35 ans, rupture du périnée datant de deux ans. Nouvel accouchement trois mois avant l'opération. *Succès complet.* — (Cette dame a eu depuis un accouchement heureux. La déchirure ne s'est pas reproduite.)

5° Page 427. — Madame ***, demeurant rue d'Angoulême, 34 ans, primipare, accouchée au forceps. Opération pratiquée dix ans plus tard. *Succès complet.*

6° Page 429. — Marie-Aimée Duplessier, 31 ans, rupture du périnée survenue six mois auparavant dans un accouchement laborieux.

Première opération. — Ablation de la suture le huitième jour; réunion. Légère imprudence : la déchirure se reproduit le dixième jour. *Insuccès.*

Deuxième opération. — *Succès.* — Il reste une petite fistule recto-vaginale.

(Cette femme a eu depuis un nouvel accouchement. La réunion a persisté.)

7° Page 434. — Madame H..., rue Coquillière, 34 ans. Plusieurs accouchements naturels sans accident. Rupture du périnée dans un nouvel accouchement qui avait nécessité l'emploi du forceps. Opération suivie de *succès*. Mais il reste une assez large fistule recto-vaginale ; la malade refuse de laisser traiter cette fistule par la cautérisation.

8° Page 441. — Madame B...., du département du Jura, 30 ans, avait depuis six ans une petite fistule recto-vaginale par suite d'hémorrhoïdes. Deux accouchements simples n'élargissent pas l'ouverture ; troisième accouchement naturel, mais difficile et lent, suivi d'une destruction graduelle du périnée par ulcération.

Opération trois mois après. *Succès.* — Persistance d'une petite fistule recto-vaginale.

9° Page 445. — Une dame de la Nouvelle-Orléans, 22 ans, primipare. Opération, réunion. Cicatrisation complète. La cicatrice se déchire brusquement le dix-septième jour en allant à la garderobe. *Insuccès.* — La malade refuse de se laisser opérer de nouveau.

10° Page 451. — Madame B. L..., du département de la Dordogne, 27 ans, primipare, accouchement laborieux sans application de forceps.

Opération cinq ans après la rupture du périnée. *Succès.* — Persistance d'une très petite fistule recto-vaginale, ne laissant passer que les gaz, seulement de temps en temps et toujours en petite quantité.

11° Page 454. — Eugénie Lemaître, 22 ans, primipare, accouchée au forceps. Opération un an plus tard. *Succès complet.*

(Nouvelle grossesse moins d'un an après. Accouchement laborieux, sans aucune rupture nouvelle.)

12° Page 462. — Femme Manginot, 40 ans, primipare. Opération. *Succès complet.*

13° Page 462. — Fille Levêque, 28 ans, primipare. Opération. *Insuccès.* La réunion manque, mais il ne survient aucun accident.

14° Page 463. — Ismérie Ducroquet, 38 ans, primipare. Opération. *Succès complet.*

15° Page 464. — Clarisse Veyron, 18 ans, rupture incomplète du périnée survenue dans un premier accouchement.

Opération. *La réunion ne s'effectue pas ; mort* le dixième jour. (C'est le seul cas de rupture incomplète du périnée que M. Roux ait observé.)

II. *Périnéoraphie pratiquée pour des divisions périnéales produites par des causes autres que l'accouchement.*

1° Page 410. — Femme de 40 ans, division du périnée produite par des ulcérations syphilitiques (1). Périnéoraphie; aucune réunion. *Mort* le neuvième jour.

2° Page 457. — Jeannette Langot, 32 ans, division du périnée produite par des ulcérations syphilitiques. Périnéoraphie. Réunion solide ; érysipèle le treizième jour; *mort* le dix-neuvième jour. A l'autopsie on trouve que la réunion est complète.

Il faut y joindre le cas dans lequel M. Roux a tenté *sans succès* d'agrandir le périnée par une suture pratiquée sur la partie postérieure des grandes lèvres, afin de rétrécir la vulve dans un cas de prolapsus de l'utérus (p. 450).

(1) Dans l'observation telle qu'elle a été rédigée par M. Roux, on lit que la division du périnée était la conséquence d'une opération de fistule à l'anus. C'était du moins ce que la malade avait raconté à M. Roux, qui aurait dû s'en rapporter à elle. Il est possible aujourd'hui de rectifier cette inexactitude. Avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu, la malade avait été admise à la Pitié, dans le service de M. Velpeau. Ce chirurgien constata que des ulcérations syphilitiques, non encore cicatrisées, avaient détruit la plus grande partie du périnée; il restait seulement, en dedans de l'anus, une bride qu'il excisa. Ce fut donc à tort que la malade attribua à cette petite opération une solution de continuité qui était due en réalité à des ulcérations syphilitiques. (Voyez la *Médecine opératoire* de M. Velpeau, 2e édit., t. IV, p. 459.)

(*Note de la Commission.*)

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER.

AVERTISSEMENT DE L'ÉDITEUR. 1
PRÉFACE. III

Chirurgie réparatrice.

LETTRE I. — *Généralités* 1
Champ de la chirurgie réparatrice. 7
Utilité des sutures. 17
Différentes espèces d'autoplasties 24

LETTRE II. — *Généralités* (suite). 41
Préceptes généraux de l'autoplastie. 41
Remarques historiques sur l'autoplastie. 51

LETTRE III. — *Autoplasties faciales* 60
Déformations et restauration du pavillon de l'oreille. 62
Déformations et restauration des paupières (blépharoraphie et blépharoplastie) 64
Déformation et restauration du nez (rhinoplastie). 88

LETTRE IV. — *Génoplastie et chéiloplastie*. 101
Déformation accidentelle et restauration des lèvres (chéiloplastie). 105

LETTRE V. — *Bec-de-lièvre*. Division congénitale des lèvres. . 139
Dix observations de bec-de-lièvre simple ou compliqué . . . 143
Remarques sur les observations précédentes. 164
Étiologie du bec-de-lièvre. 167
A quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre ?. 170

LETTRE VI. — *Bec-de-lièvre* (suite). 188
De l'opération du bec-de-lièvre simple. 189
De l'opération du bec-de-lièvre compliqué. 205

LETTRE VII. — *Staphyloraphie et palatoplastie*. 228
Histoire de la staphyloraphie. 229
Division accidentelle du voile du palais. 239
Perforation ou division de la voûte palatine (palatoplastie). . 254

LETTRE VIII. — *Staphyloraphie*. 268
Caractères de la diastématostaphylie. 269
Degrés de la diastématostaphylie. 279
Traitement par la cautérisation. 287
A quel âge faut-il pratiquer la staphyloraphie ? 291
De l'opération de la staphyloraphie suivant le procédé de l'auteur 301
Divers incidents de l'opération 319
Appréciation des autres procédés de staphyloraphie. 326

LETTRE IX. — *Staphyloraphie* (suite). 333
Appréciation du procédé de M. Sédillot. 333
Résultats de la staphyloraphie. — Accidents fâcheux. 338
Effets avantageux. 349
Staphyloraphie dans les cas de division simultanée du voile et de la voûte. 352
Relevé des cas de staphyloraphie. 358

LETTRE X. — *Périnéoraphie* 367
Premier mémoire de l'auteur sur ce sujet. 370
Description de la division ou rupture du périnée. 375
Histoire de la périnéoraphie. 385
Observations propres à l'auteur. 391

LETTRE XI. — *Périnéoraphie* (suite). 424
Appréciation des autres procédés de périnéoraphie. 424
Nouvelles observations de périnéoraphie. 427
Résultats généraux des opérations de périnéoraphie pratiquées par l'auteur. 464

APPENDICE. — Résumé des observations de périnéoraphie contenues dans les lettres X et XI. 469

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME PREMIER.

ERRATA.

Page 32, ligne dernière, *avec les*, lisez : *revêt les*.

Page 51, ligne 12, *Riberi, de Turin*, lisez : *Jones*.

Page 77, ligne 9, *Riberi*, lisez : *Jones*.

Page 78, ligne 17, *Riberi*, lisez : *Jones*.

Page 79, ligne 13, *Riberi*, lisez : *Jones*.

Page 243, ligne 3, *ornée*, lisez : *armée*.